Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ PATRICIA ALVARADO QUINTERO												
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	X	C.E		NO.	52,129,013							
CORREO ELECTRONICO:	patoalvaradoq@hotmail.com				CELULAR:	3173146110							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	PAPS PATIOS							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	M05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24065351345								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENC	1989- 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 3			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12 DE ENERO 2018	NÚMERO DE CRP		10181	FECHA	31 DE ENERO 2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Farmacia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2018		31	3	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.576.350									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.729.050
VALOR EJECUTADO	$3.152.700
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.576.350
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.576.350
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
2320096659	781.242	$97.800	$125.100	3	$19.200	$242.100

Dado en Bogotá a los (31) dias del mes de Marzo del año Dos Mil Diecioho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ PATRICIA ALVARADO QUINTERO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS – FARMACIA			**Sede: PAPS PATIOS**						
No. DE CONTRATO:	1989- 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.018		31	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ PATRICIA ALVARADO QUINTERO		**C. C.**	52,129,013			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: S x

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el suario	SI PROGRAMADO	Recibe la formula verificar en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) facturar y entregar el medicamento al usuario	se dispensaron 1200 formulas correspondientes a las eps-s cotratadas por la subred
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descarge	SI PROGRAMADO	Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema hosvital	se hizo el descargue de 2800 medicamentos
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido	SI PROGRAMADO	semaforizar oprotunamente los medicamentoscon base en la recepcion tecnica realizada mensualmente.	Se realiza el almacenamiento adecuado, la semaforización (color rojo inferior a seis meses), se reguistra los datos de la recepcion tecnica en medio magnetico
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	SI PROGRAMADO	programar mensualmente la limpieza de estanterias y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos	se realiza limpieza de estanteria cada 15 dias y se almacenan los medicamentos de tal manera que los primeros en vencer sean los que primeros en entregar
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI PROGRAMADO	Realizar la entrega oportuna de los eventos, facturas de FFDS y hojas de ruta al area de facturacion	Se entregan soportes de facturacion al area respectiva
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	SI PROGRAMADO	Realizar la entrega oportuna de los informes solicitados que intervienen en el proceso de calidad	Se entrega los informes del mes de febrero de indicadores, recepcion tecnica toma de temperatura
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SI PROGRAMADO	Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes	En el mes de marzo se registraron 1200 formulas, 2800 medicamentos entregados y 0 medicamentos pendientes
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	SI PROGRAMADO	Velar por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo	Soy cuidadosa con el equipo de computo y escaner, al terminar las funciones diarias se deja cerrado con llave
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	SI PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	SI PROGRAMADO	Hacer seguimiento oportuno de los procedos y procedimientos establecidos por la subred	Se realiza dispensacion, recepcion, almacenamiento y seguimento a medicamentos pendientes
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	SI PROGRAMADO	Realizar oportunamente las actividades programadas mensualmente por el supervisor	Se entrega oportunamente el informe con las respectivas actividades realizadas para ser certificadas por el supervisor
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	SI PROGRAMADO	Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes, formulas mal diligenciadas	En el mes de marzo se registraron 1200 formulas, 2800 medicamentos entregados, 0 medicamentos pendientes y a la fecha no hay formulas mal diligenciadas
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI PROGRAMADO	Descargar planilla de simple para el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales	Se entrega oportumantente impresa la planilla de salud, pensiones y riesgos profesionales junto con el informe de actividades para la certificacion
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI PROGRAMADO	Entregar oportunamente la glosa solicitada durante el periodo	Se entregan soportes de facturacion al area respectiva
Observaciones:			

TOTAL A PAGAR (Número y letras):1,576,350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/C

Luz Patricia Alvarado Q.

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 52129013

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 31/03/2018

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52129013
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ PATRICIA ALVARADO QUINTERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 52 SUR 92 A 34 SUR INT. 6	TELÉFONO:	3056465
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**2320096659**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998016927

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 125.100
SUBTOTAL:			1	**$ 125.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830113831	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1	$ 97.800
SUBTOTAL:			1	**$ 97.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 19.200
SUBTOTAL:			1	**$ 19.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 242.100**