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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RUBEN DARIO MORALES GONZALEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	79.497.914							
CORREO ELECTRONICO:	rubemog0312@gmail.com				CELULAR:	3143880264							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS PATIO BONITO												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	SUR							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	M05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:		AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			7590389032				PENSIONADO						

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1974-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4			
NUMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018		NUMERO DE CRP	21302		FECHA	30/04/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa 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										
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
				1	5	2018		31	5	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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.305.400
VALOR EJECUTADO	$6.305.400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.576.350
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8327020068	$781.242	$97.655	$124.999	3	$19.031	$241.685

Dado en Bogotá en el mes de MAYO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ruben Morales
RUBEN DARIO MORALES
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	1
Fecha de aprobación	09/11/2016
Código	15.02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DEL SUR FARMACIA			Sede: CAPS PATIO BONITO					
No. DE CONTRATO:	1974	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	5	2.018		31	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RUBEN DARIO MORALES		C. C.	79.497.914		DE	Bogota		

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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario	PROGRAMADO	Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes	Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio 3500 formulas, dispensadas y 160 urgencias formulas
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue	PROGRAMADO	Se realiza facturación	facturación de medicamentos
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según en el procedimiento establecido	PROGRAMADO	se apoya la gestión y conservación de los medicamentos	se realiza proceso de recepción y adecuado almacenamiento, se diligencia formato de limpieza
Apoyar las condciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	PROGRAMADO	se realiza aseo del area de trabajo y estanterias	cuadro de limpieza semanal
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de Legibilidad oportunidad e integridad	PROGRAMADO	se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente	formato de temperatura y humedad, control y limpieza de estantes
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la subred	PROGRAMADO	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de Calidad	Mediante el cumplimiento de las normas
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimento	PROGRAMADO	se realiza informe de actividades y certificación	informe cuenta de cobro y certificación
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia	se deja todo en orden al terminar el turno
Participar en las jornadas de capitación inducción mesas de acreditación reuniones y eventos a los cuales convocadas	PROGRAMADO	se asiste a capacitaciones	acta de asistencia dat 20-02-2018
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	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interisttucionales y extra institucionales	PROGRAMADO	se apoya a la Subred por medio de actividades	actas de asistencia
elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento de contrato	PROGRAMADO	se entregan actividades al supervisor del contrato	informe de actividades
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia	Elementos existentes en farmacia
Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio para consolidar la producción mensual del servicio	PROGRAMADO	Se registran las actividades diarias en formatos establecidos	Se registran los indicadores, controles de temperatura y humedad y limpieza del area
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PROGRAMADO	Se entrega constancia de afiliación al pago de Seguridad Social	Certificado de pago, planilla y recibo pago banco
Realizar las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	PROGRAMADO	Se realizan actividades según contrato	Informe de actividades e informes mensuales

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.576.350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Ruben Morales

cc 79497914

Fecha Nombre Cedula Firma del supervisor 31-05-2018

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

Señor(a): RUBEN DARIO MORALES GONZALEZ
No. Identificación: CC 79497914
Dirección: CRA 11 SUR # 23 A - 30
Teléfono: 5608512 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327020068

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	RUBEN DARIO MORALES GONZA
Tipo y Número de Identificación	CC 79497914
Número Planilla	8327020068
Fecha de Pago	5/17/2018
Número de Autorización de Pago	27020068
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2018
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2018
Periodo Cotización Caja	Mayo 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$244.300
Total Interes Mora	$2.500

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$126.300	1
EPS008	Compensar EPS	$98.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79497914
APELLIDOS Y NOMBRES MORALES GONZALEZ RUBEN DARIO

COD EPS	COD AFP		UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14		0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP		UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SurOccidente E.S.E.

Subred Integrada de Servicios de Salud SurOccidente
Conversatorio Tecnología Pre y Post-Test

Encuesta Pre y Post-Test del eje de la Gestión de la Tecnología

Identificación:

Fecha:	2018-05-16
La evaluación de conocimiento en Gestión de la Tecnología que esta aplicando es un:	* Pre-Test
Nombre y apellidos:	RUBEN DARIO MORALES GONZALEZ
Unidad de Servicios de Salud:	* Sur
Sede:	* CAPS 71 Patio Bonito
profesión:	* Auxiliar

Gestión de la Tecnología

1. En caso de falla con un Equipo Biomédico, como se debe reportar la falla:
   • B. Mesa de Ayuda
   Resultado: 100,00%

2. De acuerdo al Decreto 4725 de 2005, los Dispositivos Médicos se clasifican según su riesgo en Clase I, IIA, IIB, III. Cual afirmación es verdadera?
   • C. Clase IIA: son aquellos dispositivos de riego moderado como son monitores de signos vitales, desfibriladores, equipos de rayos X
   Resultado: 0,00%

3. Se debe realizar limpieza y desinfección de los Equipos Biomédicos para evitar contaminaciones cruzadas En caso de que se presente derrames de algún fluido sobre un Equipo Biomédico o en alguno de sus accesorios, se debe limpiar inmediatamente y reportar el inconveniente al Departamento Ingeniería Biomédica
   • B. Verdadero
   Resultado: 100,00%

4. Tecnovigilacia es el Sistema de vigilancia postmercado que tiene por objeto la , , , de eventos o incidentes adversos que presentan los Dispositivos Medicos durante su uso.
   • C. IDENTIFICAR, EVALUAR, GESTIONAR Y DIVULGAR
   Resultado: 100,00%

5. Cual es el procedimiento para realizar un reporte de sucesos de seguridad.
   • C. REPORTE FISICO
   Resultado: 0,00%

Total 60,00%

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Subred Integrada de Servicios de Salud SurOccidente
Conversatorio Tecnología Pre y Post-Test

Encuesta Pre y Post-Test del eje de la Gestión de la Tecnología

Identificación:

Fecha:	2018-05-17
La evaluación de conocimiento en Gestión de la Tecnología que esta aplicando es un:	* Post-Test
Nombre y apellidos:	RUBEN DARIO MORALES GONZALEZ
Unidad de Servicios de Salud:	* Sur
Sede:	* CAPS 71 Patio Ponito
profesión:	* Auxiliar

Gestión de la Tecnología

1. En caso de falla con un Equipo Biomédico, como se debe reportar la falla:

• B. Mesa de Ayuda

Resultado 100,00%

2. De acuerdo al Decreto 4725 de 2005, los Dispositivos Médicos se clasifican según su riesgo en Clase I, IIA, IIB, III. Cual afirmación es verdadera?

• A. Clase I, son aquellos dispositivos de riego bajo como son tensiómetros, fonendoscopios, equipos de órganos.

Resultado 100,00%

3. Se debe realizar limpieza y desinfección de los Equipos Biomédicos para evitar contaminaciones cruzadas En caso de que se presente derrames de algún fluido sobre un Equipo Biomédico o en alguno de sus accesorios, se debe limpiar inmediatamente y reportar el inconveniente al Departamento Ingeniería Biomédica

• B. Verdadero

Resultado 100,00%

4. Tecnovigilacia es el Sistema de vigilancia postmercado que tiene por objeto la _____, _____, _____, _____ de eventos o incidentes adversos que presentan los Dispositivos Médicos durante su uso.

• C. IDENTIFICAR, EVALUAR, GESTIONAR Y DIVULGAR

Resultado 100,00%

5. Cuál es el procedimiento para realizar un reporte de sucesos de seguridad.

• A. ALMERA

Resultado 100,00%

Total 100,00%