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 BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Sandra Elena Londoño Mancipe											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.279.160						
CORREO ELECTRONICO:	SADYHELEN@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3187942717						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY-TINTAL											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	M05-KE10	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8480363079								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3655-2018			N° DE PAGOS DEL CONTrato			4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/18	CRP	22766	FECHA	30/04/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE FARMACIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institucion									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2018		31	5	12018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.576.350									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.254.500
VALOR EJECUTADO	$5.254.500
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4213323690	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los días del mes de **MAYO** del año **2018** . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ DARY TERAN MERCADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANDRA ELENA LONDOÑO MANCIPE
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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FARMACIA TINTAL-KENNEDY			**Sede: KENNEDY TINTAL**						
No. DE CONTRATO:	3655/2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.018		31	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA ELENA LONDOÑO MANCIPE		**C. C.**	5.279.160			**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: SI ___ X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir con las leyes,decretos,acuerdos,, resoluciones,circulares de cualquier organo externo o reglamento interno,codigo o directriz interna de la E.S.E que tenga relacion con la ejecucion del objeto del presente contrato.	100%	Recibir,revisar,codificar y controlar las prescripciones de medicamentos su dosificacion y cantidades y las solicitudes de elementos medico-quirurgicos y realizar la relacion de Egresos diaria y su verificacion si es necesario.	NO POS EN EL MES 15 FORMULAS
2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las ogligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar.	100%	verificar el diligenciamiento de los formatos de justificacion de los medicamentos no incluidod en el Plan Obligatorio de Salud.	FORMULAS DE URGENCIAS ENTREGADAS DURANTE TODO EL TURNO DE DIA 353 FORMULAS
3. Obrar con lealtad y buena fe en el desrrollo y ejecucion del presente contrato, de acuerdo con el codigo del buen gobierno y etica institucional y/o profesional.	100%	informar oportunamente al interventor de las faltas y fallas encontradas en el desarrollo de los procesos y procedimientos del servicio.	FORMULAS DE HOSPITALIZACION ENTREGADAS DURANTE EL MES EN EL TURNO DE DIA 382 FORMULAS
4. Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro los quince (15) primeros dias del calendario de cada mes.	100%	realizar seguimiento, control y generar indicadores para el cumplimiento de las actividades del Servicio Farmaceutico.	FORMULAS AMBULATORIAS DURANTE EL MES 9FORMULAS
5. Cumplir con la adherencia al as guias de manejo, manuales ,instructivos,protocolos,procesos y procedimientos institucionales	100%	custodiar y responder por los bienes a cargo y realizar la atencion a las actividades propias del inventario, según las necesidades del Servicio. Responder por el inventario que maneje con transparencia, eficiencia, eficacia y equidad como responsable de los procesos contables y administrativos.	FORMULAS DE TERAPIA ENTREGADAS EN EL MES 328
6. Desarrollar una cultura de autocontrol ,frente al cumplimiento de actividades de promocion, cuidado y uso racinal de los recursos del sistema integrado de gestiuon de la subred suroccidente relacionados con la gestion ambiental,seguridad y salud en el trabajo,gestion documental y archivo,sistema unico de acreditacion,responsabilidad social,seguridad de la informacion y control interno,acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas.	100%	Buscar estrategias que garanticen un adecuado almacenamiento y organización de los productos, formulas medicas, justificaciones y solicitudes archivadas a diario.	CONTEO DE MEDICAMENTOS Y MEDICOQUIRURGICOS MENSUAL CON REGISTRO INVIMA- LOTE-FV- CANTIDAD. 120
7.Contibuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantia de calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del sistema unico de habilitacion,auditoria para el mejoramiento de la calida, sistema unico de acreditacion y sitema de informacion.	100%	alistar y entregar los medicamentos y dispositivos medicos en los diferentes servicios.	ORGANIZAR ESTANTERIA Y MANTENER LIMPIO EL LUGAR DE TRABAJO. CONTESTAR TELEFONO Y COLABORAR CON LAS DUDAS DEL PERSONAL MEDICO O ENFERMERIA. DIGITAR FORMULAS MEDICAS Y MEDICO-QUIRURGICOS DEBIDAMENTE COMO LO MANDAN LAS ACTIVIDADES COMO AUXILIAR.

OBSERVACIONES:

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

Sandra Elena Londoño M.

SANDRA ELENA LONDOÑO CC52279160

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:_____

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:	52279160
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA ELENA LONDONO MANCIPE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 20A SUR N 1 92	TELÉFONO:	3638658
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4213323690**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:		AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999096049	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 125.000
SUBTOTAL:			1	**$ 125.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 97.700
SUBTOTAL:			1	**$ 97.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 19.100
SUBTOTAL:			1	**$ 19.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 241.800**

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Sí usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	52279160	LONDONO	MANCIPE	SANDRA	ELENA	2018-04	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	52279160	LONDONO	MANCIPE	SANDRA	ELENA	2016-01	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE
CC	52279160	LONDOO	MANCIPE	SANDRA	ELENA	2017-11	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	01/12/2017	10	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	01/12/2017	23	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	01/12/2017	7	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2017	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2017	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2017	01/12/2017	30	COTIZANTE	4023