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:	GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52121367						
CORREO ELECTRONICO:	patriciacristan06@gmail.com				CELULAR:	3002607804						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	Pablo VI						
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	58889687302								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**4791 - 2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**3 DE 3**			
NÚMERO DE CDP	**1250**	FECHA	**27/07/2018**	**NÚMERO DE CRP**	**35534**	**FECHA**	**31/07/2018**			
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 acuerdoa a las necesidades de la institucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES.	$1,576,350									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

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:	$3,621,135
VALOR EJECUTADO	$3,621,135
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 **S$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
29232080	$781,242.00	$97,700	$125,000	3	$19,100	**$241,800**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de (AGOSTO) del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Version	2
Fecha de aprobacion	03/04/2017
Codigo	04-02-FO-0003

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

Ubicación del Servicio:	FARMACIA			**Sede:** PABLOVI					
No. DE CONTRATO:	4791 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	8	18		31	8	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ		**C. C.**	52,121,367		**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 ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar la relacion de formulas medicas de los usuarios de la institucion	si	1. Realizar la relacion de formulas medicas de los usuarios de la institucion	Aplicando el formato establecido por la intranet AAU-M05C-DI-FT-185 o en fisico
2.Realizar dispensacion y alistamiento de medicamentos aplicando los 5 correctos de dispensacion y los 4 inequivocos .	si	2.Realizar dispensacion y alistamiento de medicamentos aplicando los 5 correctos de dispensacion y los 4 inequivocos	Revision y archivo de formulas entregadas
3.Realizar la verificacion de los medicamentos facturados y dispensados **versus** prescripcion medica.	si	3 Realizar la verificacion de los medicamentos facturados y dispensados **versus** prescripcion medica	AAU-M05C-DI-OD-151 facturas de las formulas revisadas y firmadas.
4 Realizar chequeo cruzado y alistamiento programa medicamentos cerca de casa.	SI	4 Realizar chequeo cruzado y alistamiento programa medicamentos cerca de casa	Revision de formulas y factuaras firmadas.
5 Realizar registro de demanda insatisfecha de prescripcion de medicamentos.	si	5 Realizar registro de demanda insatisfecha de prescripcion de medicamentos.	Llevar un registro de los medicamentos y elementos que falten en el servicio.
6.Realizar conteos ciclicos o según politica de la institucion para verificacion y control de kardex	si	6 Realizar conteos ciclicos o según politica de la institucion para verificacion y control de kardex	Aplicando el formato de inventarios; verificando fisico **versus** hipocrates
7.Velar por el continuo almacenamiento de las estanterias del Servicio Farmaceutico	si	7.Velar por el continuo almacenamiento de las estanterias del Servicio Farmaceutico	Aplicando las barreras de seguridad guiado por el instructivo como organización, semaforizacion y fechas de vencimiento
8 Registro de prescripcion de Formulas de Control Especial de acuerdo a los lineamientos institucionales	si	8 Registro de prescripcion de Formulas de Control Especial de acuerdo a los lineamientos institucionales	Registro y orden en los libros y paquetes de Medicamentos de Control.
9.Realizar entrega de turno según procedimientos Institucionales establecidos.	si	9.Realizar entrega de turno segun procedimientos Institucionales establecidos	Formato de entrega de turno AAU-733-DI-FT-187.
10.Realizar limpieza y desinfeccion de estanterias del Servicio Farmaceutico.	si	10.Realizar limpieza y desinfeccion de estanterias del Servicio Farmaceutico.	Llevando acabo el protocolo de limpieza AAU-B01C-DI-PT-001.
11 Realizar semaforizacion de los medicamentos y dispositivos medicos que se encuentren almacenados en el servicio farmaceutico	si	11 Realizar semaforizacion de los medicamentos y dispositivos medicos que se encuentren almacenados en el servicio farmaceutico.	Llevando el control de fechas de vencimiento con sus respectiva semaforizacion.
12.Realizar control de lotes y fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos medicos que se encuentren almacenados en el Servicio farmaceutico	si	12 Realizar control de lotes y fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos medicos que se encuentren almacenados en el servicio farmaceutico.	Aplicando el formato de control de fechas de vencimiento AAU-M05C-DI-FT-195

TOTAL A PAGAR ($ 1.576,350) UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA PESOS (MCTE)

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ 52121367

Fecha 31/08/2018 Firma de aprobado de servicio

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

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Version	2
Fecha de aprobacion	03/04/2017
Codigo	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	FARMACIA		**Sede:** PABLOVI							
No. DE CONTRATO:	4791 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	8	18		31	8	18	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ		**C. C.**	52.121.367			**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 ____ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
13.Realizar rotulacion correcta de los estantes y/o columnas de almacenamiento	SI	13.Realizar rotulacion correcta de los estantes y/o columnas de almacenamiento.	Hacer su respectiva rotulacion de la estanteria del servicio farmaceutico.
14.Realizar entrega de informe de Fechas de Vencimiento los 5 primeros dias de cada mes.	SI	14.Realizar entrega de informe de Fechas de Vencimiento los 5 primeros dias de cada mes	Aplicando formato establecido por la intranet AAU-M05C-DI-PT-006
15.Adherirse al protocolo de medicamentos LASA Y **MAR**(almacenamiento,semaforizacion e identificacion.)	SI	15.Adherirse al protocolo de medicamentos LASA Y **MAR**(almacenamiento,semaforizacion e identificacion.)	Aplicando el protocolo establecido por el servicio farmaceutico AAU-M05C-DI-FT-989.
16.Realizar toma de temperatura ,humedad y cadena de frio de manera periodica (mañana,tarde y noche)	SI	16.Realizar toma de temperatura ,humedad y cadena de frio de manera periodica (mañana,tarde y noche)	Llevando los formatos establecidos por la intranet GCD-R10A-DI-FT-613,GCD-R10A-DI-FT-614,GCD-R10A-DI-FT-615.
17.Velar por el orden y limpieza del Servicio Farmaceutico	SI	17.Velar por el orden y limpieza del Servicio Farmaceutico	Llevando acabo el protocolo de organización y limpieza AAU-B01C-DI-PT-001.
18.Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucionaly responder por los elementos dados a su responsabilidad e inventario.	SI	18.Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucionaly responder por los elementos dados a su responsabilidad e inventario.	Son acciones de actitud y compromiso con la institucion ,no aplica para diligenciar soporte.
19.Realizar la digitacion de formulas en los aplicativos institucionales.	SI	19 Realizar la digitacion de formulas en los aplicativos institucionales.	Aplicando el sistema de HIMS E HIPOCRATES, según como lo establece la institucion.
20 Adherirse a guias,protocolos, instructivos,procedimientos y formatos del servicio y programa cerca de casa.	SI	20.Adherirse a guias,protocolos, instructivos,procedimientos y formatos del servicio y programa cerca de casa.	Aplicando los instructivos de la institucion AAU-M05C-DI-IN-029 establecido por la intranet.
21.Realizar la dispensacion de medicamentos que requieran cadena de frio a la casa de los usuarios de la institucion y dispensacion de formulas.	SI	21.Realizar la dispensacion de medicamentos que requieran cadena de frio a la casa de los usuarios de la institucion y dispensacion de formulas	Llevando el control de los medicamentos que requieren cadena de frio y llevando los formatos establecidos por la intranet para la entrega de estos en casa GCD-R10A-DI-FT--613 ,GCD-R10A-DI-FT--614 ,GCD-R10A-DI-FT--615
22.Recepcionar devoluciones de medicamentos de enviados por los centros de atencion de la institucion y realizar la devolucion al inventario.	SI	22 Recepcionar devoluciones de medicamentos de enviados por los centros de atencion de la institucion y realizar la devolucion al inventario	Hacer su respectiva devolucion en fisico y sistema
23. Las demas actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto contractual.	SI	23. Las demas actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto contractual.	Se llevara acabo según lo establezca la institucion para fines pertinentes.

TOTAL A PAGAR ($ 1.576.350) UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA PESOS (MCTE)

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA _GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ 52121367

Fecha 31/08/2018 Firma de recibido supervisor _____

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALES
No. Identificación: CC52121367
Dirección: CALLE 42 B BIS # 78 A - 39
Telefono: 4520313
Correo: patriciacristian06@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 29232080

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALES
Tipo y número de identificación	CC52121367
Número de planilla	29232080
Fecha pago	2018-08-02
Número de autorización pago	274824
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2018
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52121367
APELLIDOS Y NOMBRES: GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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