Red Hospitalaria 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

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAMIAN GRISALES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	80,759,835						
CORREO ELECTRONICO:	damian.grisales@gmail.com				CELULAR:	3123780921						
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:	davivienda				TIPO DE CUENTA	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	462870061118								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	4774-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 5				
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	43217	FECHA	30/09/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE FARMACIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E, de acuerdo a las necesidades de la institución**										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	10	2018		31	10	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	$7,881,750
VALOR EJECUTADO	$7,881,750
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
1015608427	$781.242	$97,700	$125,000	3	$19,100	**$241,800**

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

Cordialmente,

SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DAMIAN GRISALES

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Integración de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	FARMACIA			**Sede.** PABLOVI						
No. DE CONTRATO:	4774-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAMIAN GRISALES		**C. C.**	80,759,835		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestara 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 según 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 TRECIENTOS CINCUENTA PESOS(MCTE)

NOMBRE COMPLETO, FIRMA DEL CONTRATISTA, CC y No. de RUT

Fecha (día/mes/año) Firma de recibido a satisfacción Sandra Grisales

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación 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
Código.	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	FARMACIA			**Sede:** PABLOVI					
No. DE CONTRATO:	4774 DE 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2,018		31	10	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAMIAN GRISALES	**C. C.**	80,759,835		**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,semafonzacion 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 TRECIENTOS CINCUENTA PESOS (MCTE)

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA _DAMIAN GRISALES 80759835

Fecha 31/10/2018 Firma de recibido supervisor _____ Sandra G.

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

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-10-15, 12:53:23 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1015608427

Periodo Cotización: septiembre de 2018 **Periodo Servicio:** septiembre de 2018

PAGADO 13/09/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAMIAN GRISALES		
Documento	CC80759835	**Dirección**	CRA 1 D ESTE 64 3 SUR TORRE 2 APTO 501
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	GRISALES DAMIAN	**Identificación**	CC 80759835
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
C 80750835	DAMIAN GRISALES	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 781.242	$ 125.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 781.242	$ 97.700	2.436	$ 781.242	$ 19.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 241.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que realmente lo necesita. Proteger el medio ambiente está en sus manos.