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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NORMA YASMIN LOMBANA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52193909 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | llazminl@yahoo.com | | | | CELULAR: | 3936500 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | Sur | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SERVICIO FARMACEUTICO | | | | SEDE: | CAPS TRINIDAD GALAN | | | | | | | |
| 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 | 478970053201 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3728-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 5 de 5 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1109 | FECHA | 26/06/2018 | NÚMERO DE CRP | 30689 | FECHA | 30/06/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestion 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 | 7 | 2018 | | 31 | 7 | 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: | $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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8328311425 | $781.242 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | **$241.800** |

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

**RODRIGO GONZALEZ FONSECA**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**NORMA YASMIN LOMBANA**
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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | UNIDAD DEL SUR FARMACIA | | Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 3728-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 7 | 2.018 | | 31 | 7 | 2.018 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NORMA YASMIN LOMBANA | | C. C. | 52.193.909 | | DE | BOGOTÁ | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion 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 ___**

| 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 y facturadas hasta la fecha programa de cronicos corazón a corazón: 81 |
| 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 y entrega de formulas de programa cronicos 81 formulas facturadas hasta la fecha. |
| Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según en el procedimiento establecido | NO PROGRAMADO | se apoya la gestión y conservación de los medicamentos | No realizá esta actividad. |
| Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo | PROGRAMADO | se realiza aseo del area de trabajo | no se evidencia registro en cuadro de limpieza de estante. |
| 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 garantía de la calidad según 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 | **PROGRAMADO** | se asiste a capacitaciones. | acta de asistencia del dia 13 de Abril. |
| 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 actividaes 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 actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interistitucionales y extra institucionales | **PROGRAMADO** | se apoya a la Subred por medio de actividades. | actas de asistencia. |
| desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento de | **PROGRAMADO** | se entregan actividades al supervisor del contrato. | informe de actividades. |
| Responder por los elementos entregarlos para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación 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. |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | **PROGRAMADO** | Se realizan actividades según contrato. | Informe de actividades e informes mensuales. |
| Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y tecnica) y desarrollar las obligaciones que se generen. | **PROGRAMADO** | Se garantiza la calidad de los servicios. | cero quejas por parte de pacientes. |
| Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga | **PROGRAMADO** | Se cumple las leyes y toda normatividad. | cumplimiento por parte del area, revisiones periodicas. |
| Conocer y aplicar las politicas institucionales. | **PROGRAMADO** | Se aplican politicas institucionales mediantre revisiones periodicas. | Auditorias de concurrencia. |
| Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el | **PROGRAMADO** | Se alista glosa del Fondo Financiero del periodo Agosto a Octubre 2017 | Se envían soportes de glosa de FFDS. |
| Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o | **PROGRAMADO** | Se obra con lealtad en el desarrollo del presente contrato. | Actividades desarrolladas en el contrato. |
| Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato | **PROGRAMADO** | Pago de seguridad Social. | planilla de pagado. |
| Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. | **PROGRAMADO** | Se cumplen als guias y manuales. | Auditorias mensuales. |
| Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a titulo de préstamo para la | **PROGRAMADO** | Se responde por recursos y elementos de la farmacia. | Elementos en buen estado. |
| Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades | **PROGRAMADO** | Se realizan inducciones presenciales y virtuales. | Pantallazos de inducciones. |
| Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred | **PROGRAMADO** | Se proteje la imagen de la Subred | No se realizan comentarios mal intencionados y se procura el bienestar institucional en el area de Farmacia. |
| En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los | **PROGRAMADO** | Se aplican las normas de gestión anmbiental. | Manejo Integral de residuos. |
| Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales | **PROGRAMADO** | Se cumplen los planes de emergencia. | |
| Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. . | **PROGRAMADO** | Se realizan actividades según contrato. | Se verifica en informes de actividades. |
| | | | |

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

Norma Yasmin Lombana
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL
CONTRATISTA: 52193909

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido 31/07/2018
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):** NORMA YASMIN LOMBANA
**No. Identificación:** CC52193909
**Dirección:** CR 98 N 55 A 24 SUR
**Telefono:** 3936500
**Correo:** LLAZMINL@YAHOO.COM
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8328311425

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | NORMA YASMIN LOMBANA |
| **Tipo y número de identificación** | CC52193909 |
| **Número de planilla** | 8328311425 |
| **Fecha pago** | 2018-07-04 |
| **Número de autorización pago** | 1000000481 |
| **Banco** | 1001 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | julio de 2018 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | julio de 2018 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 241800 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | 19100 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 125000 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 97700 | 1 |

8328311425

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52193909
APELLIDOS Y NOMBRES: NORMA YASMIN LOMBANA

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230201 | 781242 | 781242 | 781242 | 0 | 97700 | 0 | 125000 | 0 | 19100 | 0 |

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

# SEGURIDAD AL PACIENTE: Vista: Usuario

Warning: Activity deletion in progress! Some grades are about to be removed.

# Usuario - NORMA JAZMIN LOMBANA

Informe general | Usuario

| Ítem de calificación | Peso calculado | Calificación | Rango | Porcentaje | Retroalimentación | Aporta al total del curso |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **SEGURIDAD AL PACIENTE** | | | | | | |
| Revisemos si aprendimos realizando esta actividad de evaluación | 50.00 % | 8.00 | 0–10 | 80.00 % | | 40.00 % |
| Resuelve las siguientes actividades | 50.00 % | 8.18 | 0–10 | 81.82 % | | 40.91 % |
| **Total del curso** | - | **16.18** | **0–20** | **80.91 %** | | - |