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	16/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY RUBIELA HERNANDEZ ROJAS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52529541						
CORREO ELECTRONICO:	JENNYRHROJAS@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3144805357						
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	71457520535								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1452 -2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12			
NÚMERO DE CDP	1990	FECHA	13/12/2018	NÚMERO DE CRP	48883	FECHA	17/12/2018			
NÚMERO DE CDP	26	FECHA	10/01/2019	NÚMERO DE CRP	8674	FECHA	15/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestacion como AUXILIAR DE FARMACIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE de acuerdo a las necesidades de la institucion									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA		MES	AÑO		
		1	1	2019		31	1	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,576,350									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18,916,200
VALOR EJECUTADO	$18,916,200
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
8487489663	$781,242.00	$97,700	$125,000	3	$19,100	$241,800

Dado en Bogotá a los (31) dias del mes de (Enero) del año Dos mil diesinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Sandra Ortiz

SANDRA ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jenny R Hernandez Rojas

JENNY RUBIELA HERNANDEZ ROJAS
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	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:	1452 -2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	19		31	1	19
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY RUBIELA HERNANDEZ ROJAS		**C. C.**	52.529.541			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente,sin que exista subordinacion 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 _X__ 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

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : $1.576.360 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE.

Jenny Hernández Rojas 52.529.541

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha 31/01/19 Firma de recibido supervisor Sandra

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

Secretaría de Salud
Subred Integrada 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:	1452 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	1	19		31	1	19
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY RUBIELA HERNANDEZ ROJAS		**C. C.**	52.529.541			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente,sin que exista subordinacion 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 x____ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
13.Realizar rotulacion correcta de los estantes y/o columnas de almacenamiento.	SI	12.Realizar rotulacion correcta de los estantes y/o columnas de almacenamiento.	Hacer su respectiva rotulacion de la estantena del servicio farmaceutico.
14.Realizar entrega de informe de Fechas de Vencimiento los 5 primeros dias de cada mes.	SI	13.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	14.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	15.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	16.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	17.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	18.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.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: 1.576.350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE.

Jenny Hernandez Rojas 52.529.591

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha 31/01/2019 Firma de recibido supervisor. Sandra Ortiz

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 57529541		HERNANDEZ ROJAS JENNY RUBIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 103 74 53 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3542985	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	64401480	8487489663	I	2019/01/11	2019/01/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$0**	**$0**	**$241,800**

PAGADO