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:	DIANA AMANDA RUBIO RODRIGUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012353579							
CORREO ELECTRONICO:	drubio@hospitalfontibon.gov.co				CELULAR:	3115593843							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**Fontibon**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	CAMI II							
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	475070017193								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1413-2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**3 DE 3**			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	**NÚMERO DE CRP**	**9765**	**FECHA**	**31/01/2018**			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL CAMI II SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E O DONDE SE REQUIERA SUS SERVICIOS CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2018		30	4	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	1423800			VALOR HORA			$8.475			
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:	$4.729.050
VALOR EJECUTADO	$4.576.500
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.576.350**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$152.550
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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
847807771	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los ( ) dias del mes de ABRIL del año Dos Mil Diesiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Benavides

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Rubio Rodriguez

DIANA AMANDA RUBIO RODRIGUEZ
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 aprobación	03/04/2017
		Codigo	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**FARMACIA**					**Sede: CAMI DOS**				
No. DE CONTRATO:	1413-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2018		30	4	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**DIANA AMANDA RUBIO RODRIGUEZ**		**C. C.**	1.012.353.579		**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 NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. REALIZAR LA FACTURACION DE MEDICAMENTOS EN EL SISTEMA HOSVITAL DEL HOSPITAL FONTIBON	SI	SE REALIZO EL DESCARGUE EN EL SISTEMA HOSVITAL DE LAS SOLICITUDES DE LOS MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS REALIZADAS POR EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LAS DIFERENTES AREAS DE LA INSTITUCION	
2. SOLICITAR, RECIBIR, ALMACENAR, DISPENSAR Y CARGAR EN EL SISTEMA DE INFORMACION LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS DE ACUERDO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA	SI	SE RECIBIERON, REVISARON, ALMACENARON LAS DEVOLUCIONES REALIZADAS A LOS PACIENTES DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA INSTITUCION. VERIFICANDO CONDICIONES Y FECHAS DE VENCIMIENTOY REALIZANDO SU RESPECTIVO DESCARGUE EN EL APLICATIVO	
3. REALIZAR LA FACTURACION DE MEDICAMENTOS EN EL SISTEMA DEL HOSPITAL FONTIBON Y RESPONDER POR ESTE PROCESO ANTE LA OFICINA DE FACTURACION DE LA INSTITUCION	SI	SE EFECTUO EL ALISTAMIENTO DE LAS CANASTAS,KIT DE ANESTESIA Y DE SUTURAS DE ACUERDO CON EL CRONOGRAMA DE PROGRAMACION DEL AREA DE CIRUGIA. SE REALIZO EL RESPECTIVO DESCARGUE POR MEDIO DEL APLICATIVO DE LO GASTADO DURANTE EL PROCEDIMIENTO.	
4. ALMACENAR DE CONFORMIDAD AL MANUAL DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO INSTITUCIONAL Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS	SI	SE EFECTUO EL ALMACENAMIENTO DE INSUMOS EN LA RESPECTIVA AREA TENIENDO EN CUENTA EL NIVEL DE ORDENAMIENTO DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE BUENAS PRACTIVAS DE ALMACENAMIENTO. SE DIO CUMPLIMIENTO AL INSTRUCTIVO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTAL, HUMEDAD RELATIVA Y TEMPERATURA DE LA CADENA DE FRIO.	
5. VIGILAR, CONTROLAR E INFORMAR PERMANENTEMENTE Y DE ACUERDO A PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS LA CADUCIDAD EN RELACION A LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS	SI	SE VIGILO, SE CONTROLO Y VERIFICO MEDIANTE UN CONTEO MENSUAL LAS FECHAS DE VENCIMIENTO. SE ENTREGARON LAS PLANILLAS SOPORTE CON LOS CONTEOS Y FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS ASIGNADOS DEL INVENTARIO TOTAL DEL SERVICIO FARMACEUTICO EN LAS FECHAS ESTIPULADAS POR LA COORDINACIÓN DE FARMACIA	
6. DISPENSAR Y CARGAR EN EL SISTEMA DE INFORMACION LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS CON BASE A ORDENES MEDICAS Y/O SOLICITUDES REALIZADAS POR LOS MEDICOS, ODONTOLOGOS, Y DEMAS PERSONAL AUTORIZADO PARA TAL FIN.	SI	SE DISPENSARON LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS TENIENDO EN CUENTA LOS INSTRUCTIVOS DE DISPENSACION CORRECTA DE TODAS LAS ORDENES MEDICAS RECIBIDAS EN EL APLICATIVO	
7. DISPÈNSAR, REGISTRAR, CARGAR Y VIGILAR EN CONFORMIDAD A LA LEY, LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL.	SI	SE DISPENSARON LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL TENIENDO EN CUENTA EL PROCEDIMIENTO INSTITUCIONAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL DE TODAS LAS ORDENES MEDICAS RECIBIDAS POR EL APLICATIVO DINAMICA	
8. RESPONDER POR EL MANEJO ADECUADO DEL SISTEMA DE INFORMACION CORRESPONDIENTE AL AREA DE FARMACIA	SI	SE REALIZO LA CLASIFICACION, ALISTAMIENTO Y ENUMERACION DE TODOS LOS SOPORTES DOCUMENTALES (FORMATO DE ORDENES DE DESPACHO, CANASTAS, KIT,DE CIRUGIA, FORMULAS AMBULATORIAS, DEVOLUCION DE SERVICIO, CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD Y PROGRAMACIONES DE SALAS DE CIRUGIA DEL MES VENCIDO DEL 2016.	
9. ATENDER A LOS REQUERIMIENTOS DE LOS ENTES DE CONTROL TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS	SI	SE ASISTIO A LA CAPACITACION REALIZADA POR EL REFERENTE DEL SERVICIO FARMACEUTICO COMO PARTE DEL CUMPLIMIENTO AL PLAN DE MEJORA INTERNO DEJADO POR LA OFICINA DE GESTION PUBLICA Y AUTOCONTROL	
10. REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE LE SEAN AFINES A LA NATURALEZA DE SU COMPETENCIA	SI	SE SOLICITARON LOS FORMATOS DE USO PRUDENTE DE ANTIBIOTICO DE TODOS LOS SERVICIOS Y SE REVISO EL RESPECTIVO PERFIL FARMACOTERAPEUTICO ANTES DE SU DISPENSACION.	
11. PARTICIPAR ACTIVA Y PROACTIVAMENTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION EN EL PROCESO DE ACREDITACION	SI	SE PARTICIPO DE FORMA ACTIVA EN LA CAPACITACION REALIZADA POR EL REFERENTE DEL SERVICIO FARMACEUTICO EN EL PROCESO DEL CICLO DEL MEDICAMENTO Y SU GESTION DEL RIESGO	
12. CONOCER E INTERIORIZAR LOS PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES Y OPERATIVOS EN EL DIARIO QUE HACER DE LA ENTIDAD	SI	SE REALIZARON TODAS LAS ACTIVIDADES CONOCIENDO E INTERIORIZANDO LOS VALORES INSTITUCIONALES TRABAJANDO EN EQUIPO, EL RESPETO, Y EL COMPROMISO EJECUTANDO TODOS LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL AREA.	
13. OBRAR CON LEALTAD Y BUENA FE EN LAS DISTINTAS ETAPAS CONTRACTUALES	SI	SE SOLICITARON LOS FORMATOS DE SOLICITUDES DE MEDICAMENTOS NO POS DE TODOS LOS SERVICIOS Y SE REVISO EL RESPECTIVO PERFIL FARMACOTERAPEUTICO ANTES DE SU DISPENSACION. Y SE DIO CUMPLIMIENTO AL PROCEDIMIENTO	
14. DAR CUMPLIEMIENTO A LAS OBLICACIONES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES	SI	SE CUMPLIO CON EL PAGO DE LA OBLIGACION DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.	
15. PRESENTAR MENSUALMENTE INFORMES DE EJECUCION DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES AL SUPERVISOR	SI	SE PRESENTO INFORME DE EJECUCION DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES CORRESPONDIENTES AL MES VENCIDO	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.576.350(UN MILLONQUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS)

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Diana Rubio Rodriguez CC 1012353579

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor Claudia Benavides

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012353579		RUBIO ROGRIGUEZ DIANA AMANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 57B SUR N 84 F 54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5758810	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	14714881	8478077771	I	2018/04/18	2018/04/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	1012353579 RUBIO DIANA	231001	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012353579		RUBIO ROGRIGUEZ DIANA AMANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 57B SUR N 84 F 54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5758810	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	14714881	8478077771	I	2018/04/18	2018/04/05	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
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$0**	**$0**	**$241,800**

PAGADO