

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YULI LORENA GUERRERO VARGAS									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E		NO.		1,022,337.978			
CORREO ELECTRONICO:				loregv9933@gmail.com				CELULAR:		3208910085			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FARMACIA URGENCIAS				SEDE:		Pablo VI			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		M05C	100										
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				10058637292				PENSIONADO		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4078-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				4 DE 4	
NÚMERO DE CDP		1250		FECHA	27/07/2018		NÚMERO DE CRP	34984		FECHA	31/07/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión 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 acuerdo a las necesidades de la institución.									
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:								\$6,305,400					
VALOR EJECUTADO								\$6,305,400					
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 <u>mínimo</u> 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							
29227286	\$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:							Yuli Lorena Guerrero Vargas - YULI LORENA GUERRERO VARGAS CC-1.022.337.978 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA						

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

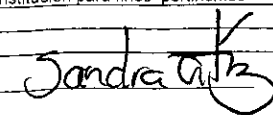


Ubicación del Servicio:		FARMACIA-URGENCIAS		Sede: PABLO VI					
No. DE CONTRATO:	4078 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	18		31	8	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YULI LORENA GUERRERO VARGAS		C. C.	1.022 337 978			DE	BOGOTÁ	
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio 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 X NO Servicios: SI NO									
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS			
1. Realizar la relación de formulas medicas de los usuarios de la institución		si	1. Realizar la relación de formulas medicas de los usuarios de la institución			Aplicando el formato establecido por la Intranet AAU-M05-DI-FT-185 o en físico.			
2. Realizar dispensación y alistamiento de medicamentos aplicando los 5 correctos de dispensación y los 4 inequívocos.		si	2. Realizar dispensación y alistamiento de medicamentos aplicando los 5 correctos de dispensación y los 4 inequívocos.			Revisión y archivo de formulas entregadas			
3. Realizar la verificación de los medicamentos facturados y dispensados versus prescripción medica		si	3. Realizar la verificación de los medicamentos facturados y dispensados versus prescripción medica.			AAU-M05-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			Revisión de formulas y facturas firmadas.			
5. Realizar registro de demanda insatisfecha de prescripción de medicamentos		si	5. Realizar registro de demanda insatisfecha de prescripción de medicamentos.			Llevar un registro de los medicamentos y elementos que falten en el servicio			
6. Realizar conteos cíclicos o según política de la institución para verificación y control de kardex.		si	6. Realizar conteos cíclicos o según política de la institución para verificación y control de kardex			Aplicando el formato de Inventarios; verificando físico versus Hospital.			
7. Velar por el continuo almacenamiento de las estanterías del Servicio Farmaceutico.		si	7. Velar por el continuo almacenamiento de las estanterías del Servicio Farmaceutico			Aplicando las barreras de seguridad guiado por el instructivo como organización, semaforización y fechas de vencimiento			
8. Registro de prescripción de Formulas de Control Especial de acuerdo a los lineamientos institucionales		si	8. Registro de prescripción 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 desinfección de estanterías del Servicio Farmaceutico.		si	10. Realizar limpieza y desinfección de estanterías del Servicio Farmaceutico			Llevando acabo el protocolo de limpieza AAU-B01C-DI-PT-001.			
11. Realizar semaforización de los medicamentos y dispositivos medicos que se encuentren almacenados en el servicio farmaceutico		si	11. Realizar semaforización de los medicamentos y dispositivos medicos que se encuentren almacenados en el servicio farmaceutico.			Llevando el control de fechas de vencimiento con sus respectiva semaforización			
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 encuentran 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 TRESCIENTOS CINCUENTA (MCTE))									
Yuli Lorena Guerrero Vargas cc. 1.022.337.978			Firma:						
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.									

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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



Ubicación del Servicio:		FARMACIA -URGENCIAS		Sede: PABLO VI					
No. DE CONTRATO:	4078 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	18		31	8	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YULI LORENA GUERRERO VARGAS		C. C.	1.022.337.978			DE	BOGOTÁ	
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 X NO Servicios: SI NO									
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS		
13.Realizar rotulación correcta de los estantes y/o columnas de almacenamiento.		SI	13.Realizar rotulación correcta de los estantes y/o columnas de almacenamiento.				Hacer su respectiva rotulación de la estantería del servicio farmacéutico.		
14.Realizar entrega de informe de Fechas de Vencimiento los 5 primeros días de cada mes.		SI	14.Realizar entrega de informe de Fechas de Vencimiento los 5 primeros días de cada mes.				Aplicando formato establecido por la intranet AAU-M05-DI-PT-006		
15.Adherirse al protocolo de medicamentos LASA Y MAR (almacenamiento,semaforización e identificación)		SI	15.Adherirse al protocolo de medicamentos LASA Y MAR (almacenamiento,semaforización e identificación.)				Aplicando el protocolo establecido por el servicio farmacéutico AAU-M05-DI-FT-989		
16 Realizar toma de temperatura ,humedad y cadena de frío de manera periodica (mañana,tarde y noche)		SI	16.Realizar toma de temperatura ,humedad y cadena de frío 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 Farmacéutico.		SI	17.Velar por el orden y limpieza del Servicio Farmacéutico				Llevando acabo el protocolo de organización y limpieza AAU-B01C-DI-PT-001.		
18.Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad e inventario.		SI	18.Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad e inventario.				Son acciones de actitud y compromiso con la institución ,no aplica para diligenciar soporte.		
19.Realizar la digitación de formulas en los aplicativos institucionales.		SI	19.Realizar la digitación de formulas en los aplicativos institucionales.				Aplicando el sistema de HIMS E HOSVITAL, según como lo establece la institución.		
20.Adherirse a guías,protocolos, instructivos,procedimientos y formatos del servicio y programa cerca de casa.		SI	20.Adherirse a guías,protocolos, instructivos,procedimientos y formatos del servicio y programa cerca de casa.				Aplicando los instructivos de la institución AAU-M05-DI-IN-029 establecido por la intranet.		
21.Realizar la dispensación de medicamentos que requieran cadena de frío a la casa de los usuarios de la institución y dispensación de formulas.		SI	21.Realizar la dispensación de medicamentos que requieran cadena de frío a la casa de los usuarios de la institución y dispensación de formulas.				Llevando el control de los medicamentos que requieren cadena de frío 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 atención de la institución y realizar la devolución al inventario.		SI	22.Recepcionar devoluciones de medicamentos de enviados por los centros de atención de la institución y realizar la devolución al inventario.				Hacer su respectiva devolución en físico y sistema.		
23. Las demás actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto contractual.		SI	23. Las demás actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto contractual.				Se llevara acabo según lo establezca la institución para fines pertinentes		
TOTAL A PAGAR (\$ 1.576.350)UN MILLON QUINIETOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA (MCTE)									
Yuli Lorena Guerrero Vargas cc. 1.022.337.978 <small>NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA YULI LORENA GUERRERO VARGAS</small>			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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022337978	YULI LORENA GUERRERO VARGAS	CL 65A SUR 82K-18	3208910085	loregrv9933@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD	DIFERENTE A SALUD						
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	02/08.2018	29227286	\$241.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas									
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022337978	YULI LORENA GUERRERO VARGAS		CL 65A SUR 82K-18	3205910085	loreng9833@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	02/08/2018	29227286	\$241,800

DETALLE POR COTIZANTE																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES														
No.	Typo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Completar	Revisión	Excedido	Clasificado	Revisado	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1022337978	GUERRERO VARGAS YULI LORENA	95	0													230301	781242	125.300	0	0	0	0	EPSC34	781242	97.700	14-28	781242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0