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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Cindy Paola Gonzalez Quintero												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.054.553.590							
CORREO ELECTRONICO:	cindypaola2018@gmail.com				CELULAR:	3118930659							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	CAPS PATIO BONITO							
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	007590425059								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1980-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 8			
NÚMERO DE CDP	1433	FECHA	30/08/2018	NÚMERO DE CRP	38001	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa 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	9	2018		30	9	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:	$12.712.500
VALOR EJECUTADO	$12.712.500
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

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Septiembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CINDY PAOLA GONZALEZ QUINTERO
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 Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SERVICIO FARMACEUTICO					Sede: CAPS PATIO BONITO					
No. DE CONTRATO:	1980-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	9	2.018		30	9	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY PAOLA GONZALEZ QUINTERO		C. C.		1.054.553.590		DE		La Dorada		

OBJETO:Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de farmacia dentro de los difrentes 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 ___ NO _____

OBLIGACIONES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
poyar la dispensación de medicamentos corde con la formula medica presentada por el suario	PROGRAMADO	Realizó una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes.	Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio 700 formulas, dispensadas y 150 urgencias formulas.
egistrar de manera oportuna y adecuada en el istema de información la totalidad de los ledicamentos entregados para su respectivo escargue	PROGRAMADO	Se realiza facturación	facturación de medicamentos.
poyar en la gestión y conservación de los ledicamentos según en el procedimiento stablecido	PROGRAMADO	se apoya la gestión y conservación de los medicamentos	se realiza proceso de recepción y adecuado almacenamiento.-
poyar las condiciones de aseo y adecuado lmacenamiento de los medicamentos a su	PROGRAMADO	se realiza aseo del area de trabajo	cuadro de limpieza semanal
iligenciar en forma adecuada los formatos o istrumentos propios de su actuar con criterios e egibilidad oportunidad e integridad	PROGRAMADO	se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente.	formato de temperatura y humedad, control y limpieza de estantes.
poyar el cumplimiento de las normas del istema obligatorio de garantía de la calidad egún requerimientos de la subred	PROGRAMADO	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de Calidad.	Mediante el cumplimiento de las normas
laborar informe mensual sobre el desarrollo y wance de sus actividades y entregarlas al upervisor del contrato para que este certifique l cumplimento	PROGRAMADO	se realiza informe de actividades y certificación	informe cuenta de cobro y certificación.
esponder por los elementos entregados para l desempeño de las actividades asignadas	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia	se deja todo en orden al terminar el turno.
articipar en las jornadas de capitación ducción mesas de acreditación reuniones y ventos a los cuales convocadas	PROGRAMADO	se asiste a capacitaciones.	acta de asistencia
otificar las fallas de calidad que se presenten n el servicio e implementar las acciones de ejora definidas para el servicio	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
nocer y dar cumplimiento a los rocedimientos establecidos por la Subred demás de apoyar la implementación de los	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
poyar a la Subred en las actividades que emande según requerimientos teristitucionales y extra institucionales	PROGRAMADO	se apoya a la Subred por medio de actividades.	actas de asistencia.
laborar informe mensual sobre el desarrollo y wance de sus actividades y entregarlas al upervisor del contrato para la certificación de	PROGRAMADO	se entregan actividades al supervisor del contrato.	informe de actividades.
esponder por los elementos entregarlos para l desempeño de las actividades asignadas y ntregarlos a la persona encargada en caso de rminación del contrato	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia	Elementos existentes en farmacia.
egistrar las actividades realizadas de acuerdo on el sistema de información del servicio para onsolidar 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.
ntregar la constancia de afiliación y el pago al istema de seguridad social en salud pensiones riesgos profesionales mensualmente	PROGRAMADO	Se entrega constancia de afiliación al pago de Seguridad Social.	Certificado de pago.
ealizar las demás actividades que le sean signadas acordes con el objeto del contrato	PROGRAMADO	Se realizan actividades según contrato.	Informe de actividades e informes mensuales.

OTAL A PAGAR (Número y letras): $1.576.350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

CINDY PAOLA GONZALEZ Q
1054553590
NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CINDY PAOLA GONZALEZ

30-09-2018
Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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