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:	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				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA16M05	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:	**2620-2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**10 DE 10**				
NÚMERO DE CDP	**1495**	**FECHA**	**29/10/2019**	**NÚMERO DE CRP**	**48733**	**FECHA**	**31/10/2019**				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión 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	11	2019		30	11	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.671.024										
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:	$16.709.966
VALOR EJECUTADO	$16.709.966
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.671.024
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 **$2.070.290**, 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
38345747	828.116	$103.600	132.500	3	20.200	**256,300**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Noviembre del año Dos Mil Diecinueve (2019). 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

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FARMACIA		**Sede:** PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	2620 - 2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2019		30	11	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YULI LORENA GUERRERO VARGAS		**C. C.**	1.022.337.978			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: : Prestar servicios de apoyo a la gestión 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 ___ 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-M05-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-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.	Revision de formulas y facturas 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** Hosvital.
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 encuentran almacenados en el servicio farmaceutico.	Aplicando el formato de control de fechas de vencimiento AAU-M05C-DI-FT-195

TOTAL A PAGAR ($ 1.671.024) UN MILLON SEICIENTOS SETENTA Y UN MIL VENTICUATRO PESOS (MCTE)

Yuli Lorena Guerrero Vargas
1.022.337.978

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_YULI LORENA GUERRERO VARGAS

Fecha : 30/11/2019 Firma de recibido supervisor: Sandra G

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FARMACIA			**Sede:** PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	2620 - 2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2019		30	11	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YULI LORENA GUERRERO VARGAS		**C. C.**	1.022.337.978			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: : Prestar servicios de apoyo a la gestión 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 ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
13.Realizar rotulacion correcta de los estantes y/o columnas de almacenamiento.	SI	13.Realizar rotulacion correcta de los estantes y/o columnas de almacenamiento.	Hacer su respectiva rotulacion de la estanteria del servicio farmaceutico.
14.Realizar entrega de informe de Fechas de Vencimiento los 5 primeros dias de cada mes.	SI	14.Realizar entrega de informe de Fechas de Vencimiento los 5 primeros dias de cada mes.	Aplicando formato establecido por la intranet AAU-M05-DI-PT-006
15.Adherirse al protocolo de medicamentos **LASA** Y **MAR**(almacenamiento,semaforizacion e identificacion.)	SI	15.Adherirse al protocolo de medicamentos **LASA** Y **MAR**(almacenamiento,semaforizacion e identificacion.)	Aplicando el protocolo establecido por el servicio farmaceutico AAU-M05-DI-FT-989.
16.Realizar toma de temperatura ,humedad y cadena de frio de manera periodica (mañana,tarde y noche)	SI	16.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	17.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	18.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	19.Realizar la digitacion de formulas en los aplicativos institucionales.	Aplicando el sistema de HIMS E HOSVITAL, 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-M05-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.

TOTAL A PAGAR ($ 1.671.024) UN MILLON SEICIENTOS SETENTA Y UN MIL VENTICUATRO PESOS (MCTE)

Yuli Lorena Guerrero Vargas
1.022.337.978
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_YULI LORENA GUERRERO VARGAS

Fecha : 30/11/2019 Firma de recibido supervisor:_____ Sandra

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **YULI LORENA GUERRERO VARGAS**, identificada con **CC** número **1022337978**, aportó por el empleado **YULI LORENA GUERRERO VARGAS** identificado(a) con **CC** número **1022337978** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2019-10 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$828,116	0.12500	$103,600	$0	$0	Octubre - 2019	38345747	01/11/2019	No
230301	Porvenir	59															0		30	$828,116	0.16000	$132,500	$0	$0	Octubre - 2019	38345747	01/11/2019	No
14-11	ARL SURA	59															0		30	$828,116	0.02436	$20,200	$0	$0	Octubre - 2019	38345747	01/11/2019	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los 12 días del mes November de 2019

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SC 006-1