| 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 | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | OLGA LILIA MUÑOZ PEREZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 51917884 | |
| CORREO ELECTRONICO: | olgalilia814@gmail.com | | | | CELULAR: | 3208952774 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A T FARMACIA HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37M05 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570004270220546 | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1597 | | | VIGENCIA | | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 3044 | FECHA | 2023-12-14 11:29:20.000 | NÚMERO DE CRP | 67579 | FECHA | 2023-12-15 13:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE FARMACIA | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2023-12-01 | | 2023-12-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,061,438 | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | |

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: | $22,675,818 |
| VALOR EJECUTADO | $22,675,818 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,061,438 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8372431878 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA
1023870060
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario. | 1. Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario. | se lleva a cabo la dispensacion de medicamentos y dispositivos medicosen el servicio farmaceutico, de acuerdo al procedimiento 08-04-PR-0020 procedimiento para la dispensacion de medicamentos. |
| Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue | 2.Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue | previa revision y dosificacion de la formula medica, se realiza suministro a paciente en el aplicativo dinamica gerencial descargando del inventario la cantidad formulada a cada paciente. |
| Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido. | 3.Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido. | se hace revision de fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos medicos, garantizando la adecuada rotacion del inventario acorde a las buenas practicas de almacenamiento del servicio farmaceutico. Se registra mensualmente en el formato 08-04-FO-0054 Formato control fechas de vencimiento - servicio farmacéutico y registro diario en el formato 08-04-FO-0038 Control de temperatura y humedad relativa Servicio Farmacéutico |
| Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo. | 4.Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo. | se lleva a cabo semanalmente la respectiva limpieza y desinfeccion de muebles de almacenamiento de acuerdo al 02-02-MA-0001 Manual de Bioseguridad dejando registro según el cronograma pre establecido en el formato 08-04-FO-0072 Registro de limpieza y desinfección del servicio farmaceútico y central de mezclas. |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 5. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.. | diligenciar correcta, oportuna y responsablemente los formatos que se manejan en el servicio farmaceutico, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos institucionales. |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | 6.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | desarrollar las actividades del servicio farmaceutico teniendo en cuenta08-04-MA-0001 Manual proceso gestión de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos e insumos, 02-02-MA-0001 Manual de Bioseguridad V8, 02-02-PG-0001 Programa seguridad del paciente V5 y 01-01-OD-0006 Política de Humanización |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | 7.Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | entregar los productos realizados durante el mes acorde con las obligaciones contactuales. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | 8.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | cuidar los elementos que usamos en nuestras labores diarias dando el uso adecuado para garantizar su durabilidad, permanencia y funcionamiento, verificando que se realice el aseo adecuado por parte del personal encargado. |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | 9.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | asistir a las reuniones programadas como encuentros de aprendizaje continuo, en conexión con la gerencia y conectate con la subred. Participar activamente en el proceso de acreditacion de la subred. Realizar los cursos disponibles en el aula virtual. |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | "10. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. " | reportar de manera oportuna y/o informar al supervisor de contrato de cualquier falla que pueda presentar algun equipo o elemento en la mesa de ayuda y se pueda dar solucion al requerimiento. |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | 11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | ejecutar las actividades contractuales de acuerdo a la cultura organización y de servicios de la subred sur occidente que se encuentra en el aplicativo almera. |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | "12 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales." | participar activamente en las diferentes actividades programadas por la subred sur occidente. |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | " 13. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. " | presentar mensualmente cuenta de cobro al supervisor de contrato, especificando las obligaciones contractuales, actividades realizadas y productos entregados durante la ejecucion del contrato. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | "14.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato." | cuidar los elementos que usamos en nuestras labores diarias dando el uso adecuado para garantizar su durabilidad, permanencia y funcionamiento. En caso de terminacion del contrato se deben entregar elementos y actividades asignadas; y posteriormente gestionar el paz y salvo. |
| Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | 15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | diligenciar correctamente y de manera oportuna los formatos que se manejan en el servicio farmaceutico: 08-04-FO-0059 Formato de registro medicamentos pendientes, 08-04-FO-01113 Reporte errores de prescripción V3,08-04-FO-0143 Lista de doble chequeo para detectar errores de alistamiento en la dispensación 08-04-FO-0061 Revisión de posible errores de dispensación mediante alistamiento se realiza conteo ciclico de medicamentos de acuerdo a la programacion y se deja registro en el formato 08-04-FO-0072 Reporte de conteo cíclico de medicamentos y dispositivos médicos en el servicio farmacéutico y registro de formulas medicas, los cuales alimentan el informe mensual que presenta el servico farmaceutico a la direccion. |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | "16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente " | presentar mensualmente cuenta de cobro adjuntando soportes de pago de seguridad social: planilla de pago, adres y adres compensados. |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | " 17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato" | cumplir con las demas actividades que el supervisor del contrato asigne acorde con el objeto del contrato. |

SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA
1023870060
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** OLGA LILIA MUÑOZ PEREZ
**No. Identificación:** CC51917884
**Dirección:** CALLE 56 NO. 85I - 06, APTO 402, INT 5
**Telefono:** 8141782
**Correo:** olgalilia814@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8372431878

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | OLGA LILIA MUÑOZ PEREZ | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC51917884 | **Periodo de Cotización Salud** | noviembre de 2023 |
| **Número de planilla** | 8372431878 | **Periodo de Cotización Pensión** | noviembre de 2023 |
| **Fecha pago** | 2023-12-07 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 79413704 | **Total Pagado** | 358900 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
8372431878

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 28300 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 185600 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 145000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51917884
APELLIDOS Y NOMBRES: OLGA LILIA MUÑOZ PEREZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 25-14 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 0 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 28300 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 51917884 |
| NOMBRES | OLGA LILIA |
| APELLIDOS | MUÑOZ PEREZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EPS FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 10/07/2007 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 12/11/2023 07:27:44 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|
| pantallazo enero 2023 olga -1.pdf (Archivado) | pantallazo enero 2023 olga -1.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| CUENTA MES DE MARZO OLGA 2023.pdf (Archivado) | CUENTA MES DE MARZO OLGA 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| CUENTA MES DE ABRIL 2023.pdf (Archivado) | CUENTA MES DE ABRIL 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| CUENTA DE COBRO MES MAYO.pdf (Archivado) | CUENTA DE COBRO MES MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| CUENTA MES DE JUNIO.pdf (Archivado) | CUENTA MES DE JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| CUENTA MES DE JUNIO OLGA.pdf (Archivado) | CUENTA MES DE JUNIO OLGA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| CUENTA MES DE JULIO.pdf (Archivado) | CUENTA MES DE JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| CUENTA DE COBRO FEBRERO A MUÑOZ.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023 OLGA MUÑOZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| DE COBRO MARZO 2023 ÑOZ.pdf | CUENTA DE COBRO MARZO 2023 OLGA MUÑOZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| DE COBRO ABRIL 2023 ÑOZ.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL 2023 OLGA MUÑOZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| DE COBRO MAYO 2023 ÑOZ.pdf | CUENTA DE COBRO MAYO 2023 OLGA MUÑOZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| DE COBRO JUNIO 2023 ÑOZ.pdf | CUENTA DE COBRO JUNIO 2023 OLGA MUÑOZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| DE COBRO JULIO 2023 ÑOZ.pdf | CUENTA DE COBRO JULIO 2023 OLGA MUÑOZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| DE COBRO AGOSTO 2023 ÑOZ.pdf | CUENTA DE COBRO AGOSTO 2023 OLGA MUÑOZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| DE COBRO SEPTIEMBRE A MUÑOZ.pdf | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2023 OLGA MUÑOZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| DE COBRO OCTUBRE A MUÑOZ.pdf | CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2023 OLGA MUÑOZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| DE COBRO NOVIEMBRE A MUÑOZ.pdf | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2023 OLGA MUÑOZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Datos guardados

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

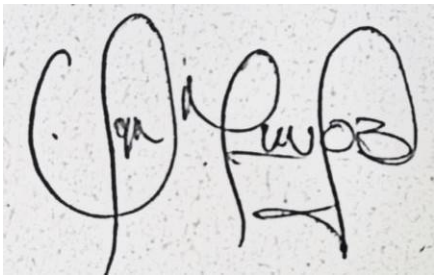
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**OLGA LILIA MUÑOZ PEREZ**

**C.C 51.917.884 DE BTA**

La suma de dos millones sesenta y un mil cuatrocientos treinta y ocho **pesos m/cte. ($2.061.438),** por concepto de: prestación de servicios como técnico en servicios farmacéuticos en la unidad de pablo VI durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1597-2023



**OLGA LILIA MUÑOZ PEREZ**

**C.C 51917884 DE BTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO CUENTA 0570004270220546**