| 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: | OSCAR CARRANZA CAICEDO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79526227 | |
| CORREO ELECTRONICO: | ocarranza715@gmail.com | | | | CELULAR: | 4800836 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A T FARMACIA USS 79 CARVAJAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU57M05 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550007500902635 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4590 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 3044 | FECHA | 2023-12-14 11:29:20.000 | NÚMERO DE CRP | 68712 | 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: | $18,353,448 |
| VALOR EJECUTADO | $18,353,448 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9459296197 | $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.

LUZ DARY TERAN MERCADO
22639929
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 | Verificar que la formula medica cumpla con los cinco correctos de dispensacion | Archivo de formulas despachadas y entregadas a los pacientes del servicio de urgencias |
| Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descarge | Registrar los medicamentos entregados al paciente sean descargados del inventario en el aplicativo de Dinamica | Formulas cobradas en el aplicativo dinamica con su numero de cobro |
| Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido | Apoyar al proceso del servicio farmaceutico en la organización y almacenamiento de los medicamentos | Los medicamentos y medicoquirurgicos del inventario de la unidad de Kennedy delservcio de urgencias organizados, almacenados y velar por su conservacion |
| Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo | Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo. | Los medicamentos, insumos y estantes deben estar en optimas codiciones de aseo y almacenamiento |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Realizar oportunamente la Recepcion tecnica de los medicamentos e insumos, formato de medicamentos | Formato de Acta de Recepcion Tecnica 08-04-FO-0057 |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | Apoyar al proceso del servicio farmaceutico en la organización y almacenamiento de los medicamentos | Los medicamentos y medicoquirurgicos del inventario de la unidad de Kennedy delservcio de urgencias organizados, almacenados y velar por su conservacion |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Mensualmente se debe entregar el formato de actividades a la jefe para su revision | informe de actividades por orden de prestacion de servicios 04-02-FO-0003 |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas | Dar buen uso a los equipos y elementos a mi cargo para el desempeño de mis actividades | Buen estado del equipo de computo, escritorio, silla y demas elementos asignados para el buen desarrollo de mis actividades |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Realizar oportunamente los formatos establecidos enla institucion para el desempeño de mis actividades | Formato control fechas de vencimiento 08-04-FO-0054, Reporte conteo ciclico de medicamentos y dispositivos 08-04-FO-0126, Formato registro de limpieza y desinfeccion 02-02-FO-0012 |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Se Notifican las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Informar a la Regente, a la Qf, las fallas que se encuentren en el desarrollo de mis actividades y buscar soluciones |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Realizar oportunamente los formatos establecidos enla institucion para el desempeño de mis actividades | Formato control fechas de vencimiento 08-04-FO-0054, Reporte conteo ciclico de medicamentos y dispositivos 08-04-FO-0126, Formato registro de limpieza y desinfeccion 02-02-FO-0012 |
| "Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales" | Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, cuando se me solicite |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | Mensualmente se debe entregar el formato de actividades a la jefe para su revision | informe de actividades por orden de prestacion de servicios 04-02-FO-0003 |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato | Dar buen uso a los equipos y elementos a mi cargo para el desempeño de mis actividades | Buen estado del equipo de computo, escritorio, silla y demas elementos asignados para el buen desarrollo de mis actividades |

Copia Certificada Subred Sin Costo

LUZ DARY TERAN MERCADO
22639929
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