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:	BLANCA CECILIA VARGAS AGUDELO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	40610320						
CORREO ELECTRONICO:	ceciliavargas-28@hotmail.com					3192689604						
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	%
	M05	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	AVVILLAS				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	669733979								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2618-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 3			
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP	14200	FECHA	31/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de farmacia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	19		31	3	19		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,670,932									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			NO APLICA					
OBSERVACIONES:										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5,012,798
VALOR EJECUTADO	$3,341,864
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,670,932
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,670,934
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8489257248	$828,116	$103,600	$132,500	3	20200	**$256,300**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de (MARZO) del año Dos mil diecinueve (2019) Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente

Sandra Ortiz

SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Blanca Cecilia Vargas

BLANCA CECILIA VARGAS AGUDELO

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
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**FARMACIA**			**Sede:** PABLO VI					
No. DE CONTRATO:	**2618-2019**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	19		31	3	19
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**BLANCA CECILIA VARGAS AGUDELO**		**C. C.**	40.610.320			**DE**	FLORENCIA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de farmacia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ 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-M05C-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-M05C-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 factuaras 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** hipocrates.
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 encuentren almacenados en el servicio farmaceutico.	Aplicando el formato de control de fechas de vencimiento AAU-M05C-DI-FT-195

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR ($1.670.932) UN MILLON SEICIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS(MCTE)

Blanca Cecilia Vargas Agudelo 40610320.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

Fecha : 31/03/2019 Firma de recibido supervisor:_____ Sandra

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

Ubicación del Servicio:	**FARMACIA**			**Sede:** PABLO VI							
No. DE CONTRATO:	**2618-2019**	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**		
			1	3	19		31	3	19		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**BLANCA CECILIA VARGAS AGUDELO**		**C. C**	40.610.320			**DE**	FLORENCIA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de farmacia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ 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-M05C-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-M05C-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 HIPOCRATES, 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-M05C-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.	NO APLICA	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.	NO APLICA	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.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR ($1.670.932) UN MILLON SEICIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS(MCTE)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

Fecha : 31/03/2019 Firma de recibido supervisor:_____ Sandra Ortiz

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40610320		VARGAS AGUDELO BLANCA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 10 N 11-42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-02	2019-02	89257248	8489257248	I	2019/03/06	2019/03/04	BANCO AV VILLAS	0	$256,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$828,116**	**$132,500**			**$828,116**	**$103,600**			**$0**	**$0**			**$828,116**	**$20,200**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0
1	CC	40610320	VARGAS BLANCA	230301	30	$828,116	$132,500	EPSC22	30	$828,116	$103,600		0	$0	$0	14-11	30	$828,116	$20,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0

2019/03/04 12:29 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40610320		VARGAS AGUDELO BLANCA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 10 N 11-42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-02	2019-02	89257248	8489257248	I	2019/03/06	2019/03/04	BANCO AV VILLAS	0	$256,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$0	$0	$20,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$20,200	$0	$0	$20,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
CONVIDA	EPSC22	899,999,107	9	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				**1**	**$256,300**	**$0**	**$0**	**$256,300**