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:	FRANODY GUTIERREZ LOZANO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.546.218							
CORREO ELECTRONICO:	fr-ann-ys@hotmail.com				CELULAR:	3118319632							
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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	474700005876								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4060-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	12 DE 12					
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales 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 SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2020		31	1	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.586.022									
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:	$17.503.590
VALOR EJECUTADO	$17.503.590
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.586.022
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
9401104675	$828116	$103.600	$132500	3	$20200	**$256300**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Enero del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

FRANODY GUTIERREZ LOZANO

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA 52.546.218

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:	4060 - 2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2020		31	1	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FRANODY GUITIERREZ LOZANO		**C. C.**	52,546,218			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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 ($1.586.022) UN MILLOS QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL VEINTYDOS PESOS MCTE

Franody Gutierrez Lozano 52 546218

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:FRANODY GUTIERREZ LOZANO

Fecha : 31/01/2020 Firma de recibido supervisor: Sandra

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

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:	4060 - 2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2020		31	1	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FRANODY GUTIERREZ LOZANO		**C. C.**	52,546,218			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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 ($ 1.586.022) UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL VEINTYDOS PESOS (MCTE)

Franody Gutierrez Lozano CC 52.546218

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_FRANODY GUITIERREZ LOZANO

Fecha : 31/01/2020 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 52546218		GUTIERREZ LOZANO FRANODY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 12 B 109-E	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5775716	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	542424608	9401104675	I	2020/01/08	2020/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$256,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	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	52546218	GUTIERREZ FRANODY		230201	30	$828,116	$132,500	EPS005	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

2019/12/31 08:23 AM

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 52546218		GUTIERREZ LOZANO FRANODY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 12 B 109-E	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5775716	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	542424608	9401104675	I	2020/01/08	2020/01/02	BANCO DAVIVIENDA	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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				1	$256,300	$0	$0	$256,300

2019/12/31 08:23 AM