Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SINDY LORENA RODRIGUEZ BARRERA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1016022692						
CORREO ELECTRONICO:	lorenar04@gmail.com				CELULAR:	3132817636						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10M05H K/KE10I18	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550006101000302								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4145-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 de 9			
NÚMERO DE CDP	1495	FECHA	29/10/2019	NÚMERO DE CRP	49862	FECHA	31/10/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Para prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como QUIMICA FARMACEUTICA dentro de lo diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUDSUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la instiitucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	11	2019		30	11	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.774.160									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: PAGO ARL SUBRED PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$25.799.688
VALOR EJECUTADO	$25.799.688
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.774.160
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
8498843881	1.109.664	$138.708	$177.546	4		**$316.254**

Dado en Bogotá a los ( ) dias del mes de noviembre del año (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DANNYS THERAN TURIZO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SINDY LORENA RODRIGUEZ BARRERA
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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-2003	

Ubicación del Servicio:	SERVICIO FARMACEUTICO		Sede:				KENNEDY		
No. DE CONTRATO:	4145 DE 2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	11	19		30	11	19
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SINDY LORENA RODRIGUEZ BARRERA		C. C.	1.016.022.692			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO QUIMICO FARMACEUTICO DENTRO DE LOS PROCESOSO Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
13. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	si	13. Realizacion de informe de Alertas sanitarias	Informe Alertas
14. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	si	14. Comité de Buenas practicas Clinicas	Acta de comité
15. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	si	N/A	N/A
16. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	si	16. Revision de Formato de antibioticos-Epidemiologia	Revision en Dinamica sobre el formato
17. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	si	17. Participacion en el comité de seguridad del paciente e infecciones	Acta de comité
18.Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	si	N/A	N/A
19.Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	si	19. Revision de historias clinicas de acuerdo a eventos adversos presentados	Se revisaron 2 historias clinicas para unidad de analisis
20. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	si	20. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	N/A
21. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	si	21. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	N/A

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras) $ (2.774.160) Dos millones setecientos setenta y cuatro ciento sesenta pesos (Mcte)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SINDY LORENA RODRIGUEZ BARRERA C.C 1016022692

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

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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-2003	

Ubicación del Servicio:	SERVICIO FARMACEUTICO		Sede:	KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	4145 DE 2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	11	19		30	11	19
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SINDY LORENA RODRIGUEZ BARRERA		C. C.	1.016.022.692			DE	BOGOTA	

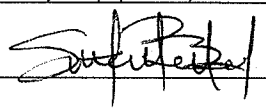
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO QUIMICO FARMACEUTICO DENTRO DE LOS PROCESOSO Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar control y auditoria de los medicamentos, con el fin de evitar el ingreso y entrega de medicamentos adulterados o fraudulentos a los usuarios,	si	1. Revision de las alertas sanitarias en el ente regulador INVIMA	Socializacion de Alertas sanitarias al correo electronico de los Quimicos Farmaceuticos
2. Monitorear, hacer seguimiento y controlar a nivel institucional los requisitos de habilitación de acuerdo a la normatividad vigente	si	2.Revision Matriz de Riesgos	Revision de indicadores matriz de riegos POA
3. Participar en los diferentes comités institucionales, donde sea delegado.	si	3. Participacion en el comité de Farmacia, farmacovigilancia, seguridad del paciente e infecciones.	Acta de reunion de comité
4. Mantener actualizado el vademécum institucional	si	4. Revision de los medicamentos desabastecidos y alternativa farmacoterapeutica de los mismos	Socializacion en el comité de farmacovigilancia
5. Gestionar la existencia de los medicamentos de acuerdo a la rotación de los servicios	si	5. De acuerdo a las alternativas farmaceuticas se revisa el vademecum con lider de farmacia	N/A
6. Realizar seguimiento a los indicadores del servicio farmacéutico y en caso de desviaciones implementar las acciones de mejoramiento requeridas.	si	6.Revision de indicadores de errores de prescripcion socializados en seguridad del paciente	Acta de reunion comité de seguridad del paciente
7. Brindar asesoria farmacológica a los usuarios y a los profesionales de la salud que lo requieran.	si	7. Asesoria a pacientes polimedicados en el grupo PAD	Formatos de revision de historia clinica a pacientes polimedicados
8. Velar por el buen uso de equipos, materiales e insumos del servicio	si	8.Seguimiento a eventos de seguridad en unidades de análisis	Unidades de analisis de baja, media y alta complejidad
9. Cumplir y velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.	si	9. Capacitacion en seguridad del paciente	Acta de capacitacion en seguridad del paciente farmacovigilancia
10. Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.	si	10. Notificación a líder del servicio y/o unidad si aplica y a seguridad del paciente reporte errores de prescripción	Correo electronico
11. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	si	11. Rondas de seguridad	N/A
12. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	si	12. Revision de las oportunidades de mejora y seguimiento	Revision en Almera sobre oportunidades de mejora

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras) $ (2.774.160) Dos millones setecientos setenta y cuatro ciento sesenta pesos (Mcte)



NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA SINDY LORENA RODRIGUEZ BARRERA C.C 1016022692

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

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 1016022692		RODRIGUEZ BARRERA SINDY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 54C #86 B 21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-10	521132665	8498843881	I	2019/11/25	2019/11/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$371,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0
1	CC 1016022692	RODRIGUEZ SINDY	230301	30	$1,280,000	$204,800	EPS008	30	$1,280,000	$160,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,280,000	$6,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,280,000	$204,800			$1,280,000	$160,000			$0	$0			$1,280,000	$6,700		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA