| 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: | diana andrea soto montañez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1128624563 | |
| CORREO ELECTRONICO: | sotodiana538@gmail.com | | | | CELULAR: | 3214272441 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A T FARMACIA URGENCIAS, HOSPITALIZACION USS HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37M05-P4 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24075029900 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4805 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1134 | FECHA | 2024-04-25 17:06:55.000 | NÚMERO DE CRP | 27953 | FECHA | 2024-04-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE FARMACIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-04-01 | | 2024-04-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,980,000 | | | | |
| 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: | $4,239,560 |
| VALOR EJECUTADO | $3,960,000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,980,000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $279,560 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 93% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9464960085 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2024. 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. | APOYAR EL PROCESO DE DISPENSACION Y SUMINISTRO DELOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN FORMA OPORTUNA. | Formato 08-04-FO-0143 |
| Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue | TOTAL DE DIGITACION SISTEMA DINAMICA FORMULAS POR SISTEMA | Formato 08-04-FO-0058 |
| Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido. | APOYAR EL PROCESO DE RECEPCION TECNICA DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIUVOS MEDICOS QUE LLEGUEN POR PARTE DE LOS PROVEEDORES Y VELAR QUE ESTOS CUMPLAN CON LAS CONDICIONES TECNICAS REQUERIDAS POR LA INSTITUCION. | Formato 08-04-FO-0057 |
| Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo | REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA ESTANTERIA DEL SERVICIO FARMACEUTICO | Formato 08-04-FO-0072 |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Según establecidos a nivel subred |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | Manual Garantía de la Calidad |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | "FORMATO MEDICAMENTOS PENDIENTES REPORTE ERRORES DE PRESCRIPCION FORMATO ERRORES DE DISPENSACION FORMATO CONTROL FECHAS DE VENCIMIENTO" | "Formato 08-04-FO-0059 Formato 08-04-FO-0113 Formato 08-04-FO-0060 Formato 08-04-FO-0054" |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Según establecidos a nivel subred |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | ASISTENCIA OBLIGATORIA A LA UNIDAD DE ANALISIS TECNICO UAT | "Acta 02-01-F0-0001 Realizacion pre-tes y pos-tes" |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Mesa Ayuda | Ticket |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Según establecidos a nivel subred |
| 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 | Según establecidos a nivel subred |
| "Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato" | "FORMATO MEDICAMENTOS PENDIENTES REPORTE ERRORES DE PRESCRIPCION FORMATO ERRORES DE DISPENSACION FORMATO CONTROL FECHAS DE VENCIMIENTO" | "Formato 08-04-FO-0059 Formato 08-04-FO-0113 Formato 08-04-FO-0060 Formato 08-04-FO-0054" |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Según establecidos a nivel subred |
| Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | "FORMATO MEDICAMENTOS PENDIENTES REPORTE ERRORES DE PRESCRIPCION FORMATO ERRORES DE DISPENSACION FORMATO CONTROL FECHAS DE VENCIMIENTO" | "Formato 08-04-FO-0059 Formato 08-04-FO-0113 Formato 08-04-FO-0060 Formato 08-04-FO-0054" |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | PLANILLA PAGO CERTIFICADO DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS Y DERECTRICES EMITIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO | Acta 02-01-F0-0001 |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| REGISTRO CONTROL TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA | REGISTRO CONTROL TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA | Formato 08-04-FO-0038 |
| ENTREGA DE MEDICAMENTOS CONTROL ESPECIAL Y ALTO COSTO CADA TURNO (FARMACIA QUE APLIQUE ) | ENTREGA DE MEDICAMENTOS CONTROL ESPECIAL Y ALTO COSTO CADA TURNO (FARMACIA QUE APLIQUE ) | VERIFICAR FISICO, LIBRO Y SISTEMA DINAMICA |
| REALIZAR TRASLADO ENTRE FARMACIAS POR DINAMICA | REALIZAR TRASLADO ENTRE FARMACIAS POR SISTEMA DINAMICA | ORDENES DE DESPACHO |

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