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:	SONIA FARIDI NIÑO CHICACAUDA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52450247						
da	YS.FS@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3205768474						
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:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24058341511								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2050-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 DE 6	
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	22927	FECHA	30/04/2020
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	5	2020		31	5	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.406.700
VALOR EJECUTADO	$6.937.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.468.900
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 $ 2.194.508,, 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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9405527670	$877.803	$109.800	$26.400	3	$21.400	**$157.600**

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

SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA

SONIA NIÑO

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:	2050-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2020		31	5	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA FARIDI NIÑO CHICACAUSA		C. C.	52.450.247			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: : Prestar servicios de apoyo a la gestión 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuari	si	1. Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario.	se realiza la actividad de dispensacion establecido en el procedimiento
2. Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue	si	2.Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue	se descarga del sistema de informacion de dinamica los medicamentos acorde a la forr
3. Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.	si	3.Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.	se realiza verificacion de fechas de vencimiento y se procede a la buena practica de almacenamiento
4.Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.	SI	4.Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.	se lleva a cabo la respectiva limpieza y desinfeccion de stant asignados y registro en el formato cod 02-02-FO-0012 para el adecuado almacenamiento de medicamentos
5. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad..	si	5. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad..	diligenciar diariamente los formatos asignados para cada actividad
6.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	si	6.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	cumplir en la mayor totalidad las normas implementadas en el servicio
7.Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	si	7.Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	llevar a cabo el registro en los respectivos formatos de actividades asignadas y entrega de soportes a supervisor
8.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	si	8.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	tener sentido de pertenencia por la instucion y el lugar donde se brinda el servicio para garantizar una atencion de calidad
9. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	si	9.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	asistencia a las uat, ulc programadas y demas que corresponde
10.Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	si	10. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	informar oportunamente al jefe de servicio cualquier anomalia que se presente ademas del adecuado reporte en la mesa de ayuda
11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	si	11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	dar cumplimiento al 100 % con adherencia a todos los procedimientos que tiene la Subred para el cumplimiento con las actividades
12.Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	si	12 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	participar activamente en las diferentes actividades que agende la Subred
13. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	si	13. 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 lleva a cabo la estadistica de las actividades realizadas diligenciando los respectivos formatos y posterior entrega de soportes
14. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	si	14.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	realizar la respectiva entrega de los elementos que se han asignados

TOTAL A PAGAR ($1'734.450)UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

Sonia Niño

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : 31/05/2020 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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-003	

Ubicación del Servicio:	FARMACIA		Sede: PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	2050 -2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2.020		31	5	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA FARIDI NIÑO CHICACAUSA		C. C.	52.450.247			DE	BOGOTA	

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
15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	SI	15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	entregar a tiempo los formatos para la consolidacion de dicha informacion
16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	entregar oportunamente el certificado de pago de la seguridad social
17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI	17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	cumplir con las actividades que el supervisor asigne acorde con el objeto del contrato

TOTAL A PAGAR ($1'734.450)UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

Sonia Niño

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SONIA FARIDI NIÑO CHICACAUSA

Fecha : 31/05/2020Firma de recibido supervisor:

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

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 52450247		NIÑO CHICACAUSA SONIA FARIDI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 83 este 1a-16 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7734396	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	25942018	9405527670	I	2020/05/13	2020/05/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$157,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$26,400	$0	$0	$26,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$157,600	$0	$0	$157,600

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 52450247		NIÑO CHICACAUSA SONIA FARIDI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 83 este 1a-16 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7734396	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	25942018	9405527670	I	2020/05/13	2020/05/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$157,600

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)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	52450247 NIÑO SONIA	231001	30	$877,803	$26,400	EPS017	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0