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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KAREN DAYANNE DEVIA CAICEDO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012441579						
CORREO ELECTRONICO:	dayana_cami@hotmail.es				CELULAR:	3194668694						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS ZONA FRANCA(FO08)											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA FO08)				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A40	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	17450609650								PENSIONADO	No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1422-2018**				N° DE PAGOS DEL CONTRATO	**10**						
NÚMERO DE CDP	1731 ✓	FECHA	29/10/2018		**NÚMERO DE CRP**	**44557** ✓	**FECHA**	**31/10/2018** ✓				
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 SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**											
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO				
		1	11	2018		30	11	2018				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.576.350											
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%										

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.

$17.339.850

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15.763.500
VALOR EJECUTADO	$15.763.500
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.576.350 ✓
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 **$1.953.105**, 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
8330491889	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes Noviembre de 2018 del año Dos Mil Diesciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Karen Dayanne Devia Caicedo

KAREN DAYANNE DEVIA CAICEDO 1012441879
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:	CAPS ZONA FRANCA					Sede: FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	1422-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	11	2.018		30	11	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATIST	KAREN DAYANNE DEVIA CAICEDO		C. C.		1.012.441.579	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 SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensacion de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario	SI	Se realiza la dispensacion a diario de las formulas de los pacientes que se acercan al servicio	Dispensacion de formulas medicas diariamente
Registrar oportuna y adecuada en el sistema de informacion la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue.	SI	Se realiza la verificacion en el sistema de datos	Cargue de formulas diariamente
Apoyar en la gestion y conservacion de los medicamentos según el procedimiento establecido	SI	Se realiza almacenamiento según indicaciones del medicamento	Almacenamiento de medicamentos
Apoyar las condiciones de aseo adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	SI	Se realiza la limpieza de estanterias y cajones de almacenamiento de los medicamentos	Cronograma de limpieza
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	Se utilizan en el servicio formato recepcion tecnica	Recepcion tecnica
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimiento de la sub red	SI	Se apoya en la prestacion del servicio	Se aplica los procesos y procedimientos
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SI	Se elabora oportunamente	Certificacion de cumplimiento
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	SI	Se cuida del inventario en insumos para desempeñar la labores asignadas	Custodia de inventario
Participar en las jornadas de capacitacion, induccion,mesas de acreditacion , reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	Se asiste oportunamente a reuniones programadas	Planilla de asistencia
Notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	Se informa oportunamente las fallas presentadas durante la prestacion del servicio.	se reportan durante el servicio
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la sub red, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	SI	Dentro de los servicios se implementan los procedimientos	Procesos y procedimientos establecidos por la red
Apoyar a la sud red a las actividades que demanden según requerimientos inter institucionales y extra institucionales	SI	Se realiza el apoyo a la institucion según requerimientos	Se realiza las actividades
Entregar las constancias de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	Se entrega oportunamente	Planilla de pago Salud y Pension
Realizar las demas actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato	SI	Se realizan actividades de acuerdo al cargo	Se realiza las actividades

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):	$ 1,576,350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS

Karen Dayanne Devia Caicedo

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 1012441579

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jhon Bastidas 19 NOV 2018

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

Señor(a): KAREN DAYANNE DEVIA CAYCEDO
No. Identificación: CC 1012441579
Dirección: CALLE 68 A SUR # 80 K -69
Teléfono: 3194668694 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331043631

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar miplanilla.com

Nombre	KAREN DAYANNE DEVIA CAYCE
Tipo y Número de Identificación	CC 1012441579
Número Planilla	8331043631
Fecha de Pago	11/15/2018
Número de Autorización de Pago	31043631
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Octubre 2018
Periodo Cotización Pensión	Octubre 2018
Periodo Cotización Caja	Octubre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes Mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1012441579
APELLIDOS Y NOMBRES: DEVIA CAYCEDO KAREN DAYANNE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS017	230201	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES:

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información