

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			OSCAR CARRANZA CAICEDO					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		79526227
CORREO ELECTRONICO:			ocarranza715@gmail.com			CELULAR:		4800836
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A T FARMACIA USS 79 CARVAJAL			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU57M05	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550007500902635				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4053			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000		NÚMERO DE CRP	7825	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE FARMACIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2025-01-01			2025-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,061,438			
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:					\$24,737,256			
VALOR EJECUTADO					\$24,737,256			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$2,061,438			
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 \$2.194,507 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	
9479240372	\$908,526	\$113,566		\$145,364	3	\$22,132	\$281,062	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente. <div style="text-align: center;"> Danilo Soler Gamboa 1019135659 Supervisor </div>								
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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario	Verificar que la formula medica cumpla con los cinco correctos de dispensacion	Archivo de formulas despachadas y entregadas a los pacientes del servicio de urgencias
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descarge	Registrar los medicamentos entregados al paciente sean descargados del inventario en el aplicativo de Dinamica	Registrar los medicamentos entregados al paciente sean descargados del inventario en el aplicativo de Dinamica
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido	Apoyar al proceso del servicio farmaceutico en la organización y almacenamiento de los medicamentos	Los medicamentos y medicoquirurgicos del inventario de la unidad de Kennedy delservicio de urgencias organizados, almacenados y velar por su conservacion
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.	Los medicamentos, insumos y estantes deben estar en optimas condiciones de aseo y almacenamiento
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Realizar oportunamente la Recepcion tecnica de los medicamentos e insumos, formato de medicamentos	Formato de Acta de Recepcion Tecnica 08-04-FO-0057
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoyar al proceso del servicio farmaceutico en la organización y almacenamiento de los medicamentos	Los medicamentos y medicoquirurgicos del inventario de la unidad de Kennedy delservicio de urgencias organizados, almacenados y velar por su conservacion
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Mensualmente se debe entregar el formato de actividades a la jefe para su revision	informe de actividades por orden de prestacion de servicios 04-02-FO-0003
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	Dar buen uso a los equipos y elementos a mi cargo para el desempeño de mis actividades	Buen estado del equipo de computo, escritorio, silla y demas elementos asignados para el buen desarrollo de mis actividades
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Capacitaciones y reuniones programadas, formato 02-01-FO-0001
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Se Notifican las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Informar a la Regente, a la Qf, las fallas que se encuentren en el desarrollo de mis actividades y buscar soluciones
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Realizar oportunamente los formatos establecidos en la institucion para el desempeño de mis actividades	Formato control fechas de vencimiento 08-04-FO-0054, Reporte conteo ciclico de medicamentos y dispositivos 08-04-FO-0126, Formato registro de limpieza y desinfeccion 02-02-FO-0012
"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.	Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, cuando se me solicite
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 debe entregar el formato de actividades a la jefe para su revision	informe de actividades por orden de prestacion de servicios 04-02-FO-0003
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	Dar buen uso a los equipos y elementos a mi cargo para el desempeño de mis actividades	Buen estado del equipo de computo, escritorio, silla y demas elementos asignados para el buen desarrollo de mis actividades

Danilo Soler Gamboa
1019135659
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