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:	MARIA YOLANDA MARTINEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	20369055	
CORREO ELECTRONICO:	yolysantamarta@hotmail.com				CELULAR:	7560505	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A T FARMACIA HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37M05	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8400769074				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1482			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1614	FECHA	2025-08-11 13:02:55.000	NÚMERO DE CRP	34318	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE FARMACIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01		2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,143,836				
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:	$12,863,016
VALOR EJECUTADO	$12,863,016
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,143,836
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
8387731894	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. 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	Apoyo la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario usuario	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Registrar de manera oportuna V adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue.	Registro de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue usuario	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido,	Registro de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue usuario	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	Apoyo en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido usuario	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, usuario	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas,	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	articipo en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	CUANDO SE REQUIERA
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Conozco y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	CUANDO SE REQUIERA
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo V avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	alizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	n el objeto del contrato. CUANDO SE REQUIERA

Copia Certificada Subred Suroccidente

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