

					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:			Kevin David Rojas Ardila					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1016063946
CORREO ELECTRONICO:			kdrojasar@gmail.com			CELULAR:		3175161228
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A T FARMACIA USS TINTAL			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE13M05	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			475070020049				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1477			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1614	FECHA	2025-08-11 13:02:55.000		NÚMERO DE CRP	33375	FECHA	2025-08-14 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:					\$2,109,258			
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:					\$13,900,356			
VALOR EJECUTADO					\$13,865,778			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$2,109,258			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$34,578			
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	
1073453671	\$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. ANGELICA JULIETH BELTRAN NOVOA 1074418469 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								

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 y/o personal de enfermería, medicos	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Registrar de manera oportuna y 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.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.	Apoyo en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	Apoyo las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
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, oportunidad e integralidad.	FORMATOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCION
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 mis actividades y entrego al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento .	CONTEOS, FECHAS DE VENCIMIENTO, FORMATOS DILIGENCIADOS
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas .	CUIDADO Y LIMPIEZA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	ENCUENTROS DE APRENDIZAJE, CAPACITACIONES, REUNIONES
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.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy 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 .	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y 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 mis actividades y entrego al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	FORMATOS INSTITUCIONALES DILIGENCIADOS
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.	CUIDADO Y LIMPIEZA
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.	Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato .	CUANDO SE REQUIERA

ANGELICA JULIETH BELTRAN NOVOA
1074418469
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