| 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: | ELMER GIOVVANNY RINCON NAVARRO | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79663502 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | elmerin0812@gmail.com | | | | CELULAR: | 3058008799 | | |
| 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 | 550488423843686 | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1538 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2295 | FECHA | 2025-11-21 15:51:57.000 | NÚMERO DE CRP | 52590 | FECHA | 2025-11-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | REGENTE DE FARMACIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2025-11-01 | | 2025-11-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,547,828 | | | | | | |
| 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: | $28,026,108 |
| VALOR EJECUTADO | $25,478,280 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,547,828 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,547,828 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 91% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1077234374 | $1,019,131 | $127,391 | $163,061 | 3 | $24,826 | $315,278 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

OSCAR IVAN CASTILLO SUAREZ
98652518
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 |
|---|---|---|
| Buscar estrategias que garanticen un adecuado almacenamiento y organización de los productos, formulas médicas, justificaciones y solicitudes archivadas a diario. | Se hace seguimiento de la adeherencia de protolocos, para realizar todas las actividades competentes con la farmacia. | Se hace seguimiento de la adeherencia de protolocos, para realizar todas las actividades competentes con la farmacia. |
| Recibir, revisar, codificar y controlar las prescripciones de medicamentos su dosificación y cantidades y las solicitudes de elementos médico-quirúrgicos y realizar la relación de Egresos diaria y su verificación si es necesario. | Se revisan las formulas recibidas en el servico farmaceutico,verificando que cumplan con los parametros establecidos en la subred, para la dispensacion de las misma. | Formulas verificadas y relacionadas para la medicion del indicador diario. |
| Alistar y entregar los medicamentos y dispositivos médicos en los diferentes servicios | Se reciben y se dispensan solicitudes de medicamentos y dispositivos médicos a las diferentes unidades | Realización de Traslados |
| Verificar el diligenciamiento de los formatos de justificación de los medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud | Se revisan los formatos de justificación de los medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, para lograr su respectiva dispensacion. | Medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, dispensados. |
| Organizar y clasificar en sus respectivos estantes los pedidos de los medicamentos y dispositivos medico quirúrgicos y recibirlos si es necesario. | Se hace almacenamiento de medicamentos y dispositivos medico quirúrgico, cumpliendo con las normas especificas de estos, para cumplir con la perfecta conservacion de los mismos. | Medicamentos y dispositivos medico quirúrgico, almacenados de manera correcta en el servicio. |
| Recibir, registrar y consolidar el reporte si es necesario, de las devoluciones y recuperaciones de medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos, de los diferentes servicios. | Se reciben medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos, de los diferentes servicios, registrando, y llevando el control de los mismos. | Se reciben medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos, de los diferentes servicios, registrando, y llevando el control de los mismos. |
| Recibo, revisión de pedidos y almacenamiento de productos según las condiciones requeridas por los mismos. | Recibo, revisión de pedidos y almacenamiento de productos según las condiciones requeridas por los mismos. | Recepción Técnica |
| Atención al público de los medicamentos y Dispositivos Médicos prescritos y facturados a pacientes en consulta médica ambulatoria especializada. | Realizo una atención integral al usuario, orientando de manera correcta y resolviendo sus inquietudes. | Formulas dispensadas en el servicio ambulatorio. |
| Recibir y entregar por inventario físico, los medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos, de control especial y del fondo nacional de estupefacientes y por costo. | Se reciben y entregar por inventario físico, los medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos (si se cuentan con estos en la unidad). | Todos los dias y el informe mensual |
| Digitar durante el turno sí es necesario las prescripciones de medicamentos y dispositivos medico quirúrgicos entregados e imprimir los reportes respectivos y los que sean necesarios | Se realiza facturacion de formulas, llevando el control de estas. | Se realiza facturacion de formulas, llevando el control de estas. |
| Informar oportunamente al interventor de las faltas y fallas encontradas en el desarrollo de los procesos y procedimientos del servicio. | Se identifica las fallas que se tienen en el servicio, haciendo conciencia, y acciones pertinentes para mejora. | Se evitan fallas en el servicio |
| Realizar seguimiento, control y generar indicadores para el cumplimiento de las actividades del Servicio Farmacéutico | Se realizar seguimiento, control y generar indicadores para el cumplimiento de las actividades del Servicio Farmacéutico | Informe 08-04-FO-0058 |
| Custodiar y responder por los bienes a cargo y realizar la atención a las actividades propias del inventario, según las necesidades del Servicio. Responder el Inventario que maneje con transparencia, eficiencia, eficacia y equidad como responsable de los procesos contables y administrativos | Se responde informe de inventario, con ciclicos | Informe de inventario - ciclicos |
| Realizar las actividades que el Supervisor del contrato considere pertinente realice de acuerdo a la naturaleza de su profesión y/o actividad. | Realizar las actividades que el Supervisor del contrato considera pertinentes, realice de acuerdo a la naturaleza de su profesión y/o actividad. | Actividad realizada |

OSCAR IVAN CASTILLO SUAREZ
98652518
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 Controlada Subred Sur Occidente