NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MORELIA ISAURA GUERRERO SALDARRIAGA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1088268686							
CORREO ELECTRONICO:	more-xim@hotmail.com				CELULAR:	3212390994							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					Sur								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	CAPS TRINIDAD GALAN							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo		
	SU41M05	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8400715812				PENSIONADO								

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2173-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO	4 de 6							
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	04/20/2020		NÚMERO DE CRP	23042	FECHA	30/04/2020					
	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	5	2020		31	5	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450												
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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.406.700
VALOR EJECUTADO	$6.937.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.468.900
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 $2,194,508 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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
42432436	$877.803,00	$109.800	$26.400	3	$21.400	**$157.600**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Mayo del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ DARY TERAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MORELIA ISAURA GUERRERO
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	Fecha de aprobación	09/11/2016	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DEL SUR FARMACIA			**Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN**						
No. DE CONTRATO:	2173-2020	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	5	2.020		31	5	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MORELIA ISAURA GUERRERO		**C. C.**	1.088.268.685			**DE**	PEREIRA		

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 __X__ NO ____ Servicios: SI ___ N

OBLIGACIONES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario	PROGRAMADO	Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes.	Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio y urgencias.A poyo en entrega a domicilio de medicamentos.
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	PROGRAMADO	se realiza aseo del area de trabajo	Se realiza proceso de almacenamiento y distribución de medicamentos LASA Y MAR, control fechas de vencimiento.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de Legibilidad oportunidad e integridad	PROGRAMADO	se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente.	formato de temperatura y humedad, control y limpieza de estantes # 3 y 9, se realiza conteo ciclico.
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y tecnica) y desarrollar las obligaciones que se generen.	PROGRAMADO	Se garantiza la calidad de los servicios.	cero quejas por parte de pacientes.
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue	PROGRAMADO	Se realiza facturación	facturación de medicamento ambulatorio y urgencias del mes de Mayo

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.734.450 UN MILLON SETESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROSCIENTOS CINCUENTA PESOS

CONTRATISTA: Morelia Guerrero S. NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL 1.088268085	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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