

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CESAR HUERFANO HERRERA										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	80076398						
CORREO ELECTRONICO:	cesarhuerfano1793@gmail.com				CELULAR:	3176470818						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					CAPS GALAN							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		FARMACIA			SEDE:		Sur					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO03M05											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		7770270986							PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		5264-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6 de 6			
NÚMERO DE CDP	1597	FECHA	31/10/2020	NÚMERO DE CRP	49925	FECHA	6/11/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE FARMACIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	11	2020		30	11	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$4.463.442							
TIPO DE SERVICIOS		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:	\$24.400.150
VALOR EJECUTADO	\$24.400.150
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$4.463.442
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 \$2.194.508, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 3 %	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1033177198	\$1.785.376,80	\$225.000	\$288.000	3	\$43.900	\$556.900

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

LUZ DARY TERÁN MERCADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CESAR HUERFANO HERRERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ubicación del Servicio:	Servicio Farmaceutico			Kennedy					
No. DE CONTRATO:	5264-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	11	2.020		30	11	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CESAR HUERFANO HERRERA			C. C.	80.076.398		DE	BOGOTA.	

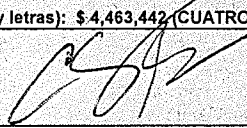
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Químico Farmacéutico de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI X NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Buscar estrategias que garanticen la prevención de factores de riesgo derivados del uso inadecuado de medicamentos y dispositivos médicos, así como los problemas relacionados con su uso	SI	Realizar rondas de farmacovigilancia y tecnovigilancia de forma activa en los diferentes servicios, reportar problemas relacionados con medicamentos y dispositivos medicos.	Libro de farmacovigilancia y aplicativo reporte de suceso de seguridad
Obtener y difundir información sobre medicamentos y dispositivos médicos, especialmente, informar y educar a los miembros del grupo de salud, el paciente y la comunidad sobre el uso adecuado de los mismos.	SI	Promover las normas y políticas del área, para el manejo de los medicamentos e insumos en los diferentes Servicios de la Institución, capacitaciones	actas de socializacion, formatos actualizados por subred
Participar en el estudio y revisión de quejas y reclamos y en la generación de acciones correctivas y realizar acciones de mejoramiento de la gestión de calidad	SI	Gestionar los faltantes con las demas unidades de la subred y/o proveedores	Acta de ronda administrativa por todos los servicios de la unidad Galan y Tintal para revisar pendientes y gestionarlos
Garantizar a usuarios, beneficiarios, destinatarios y a la comunidad, los medicamentos y dispositivos médicos, la información y asesoría en el uso adecuado de los mismos, para contribuir de manera efectiva a la satisfacción de las necesidades de atención en salud.	SI	Asesorar a los usuarios y al personal de enfermería con preguntas relacionadas con el uso de medicamentos	base de datos el Excell
Obtener y difundir información sobre medicamentos y dispositivos médicos, especialmente, informar y educar a los miembros del grupo de salud, el paciente y la comunidad sobre el uso adecuado de los mismos.	SI	revisar los contratos de los proveedores para hacer pedidos y cubrir todas las necesidades del servicio farmaceutico.	Solicitud de pedido de acuerdo a las necesidades mensuales del servicio farmaceutico, se envia correo: pedidosdircomplementarios@gmail.com
Asegurar el cumplimiento de sus funciones, utilizando de manera óptima los recursos humanos, físicos, financieros y técnicos, centrando su interés en el ser humano, sin desconocer el papel importante del medicamento y el dispositivo médico en la farmacoterapia.	SI	Participar en la UAT para replicar a todo el servicio farmaceutico la informacion suministrada.	Actas de socializacion de los temas tratados.
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	SI	Hacer la revision aleatoriamente de lo que se digita por el aplicativo hosvital y corregir errores en la digitacion	base de datos el Excell
revisar ordenes medicas en los diferentes servicios hospitalizacion y urgencias para prevenir errores de dispensacion	SI	Hacer aleatorios en la farmacia para identificar posibles errores de dispensacion.	Se registra en formato de errores de dispensacio.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 4,463,442 (CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS)

 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CESAR HUERFANO HERRERA CC 80.076.398	Fecha: 15/11/2018 Firma de recibido superior 
--	---

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CESAR HUERFANO HERRERA

C.C. 80076398 DE BOGOTA D.C.

La suma de \$4.463.442, por concepto de: "prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE de acuerdo al requerimiento institucional" durante el periodo de 01 al 30 de noviembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 5264-2020.



César Huérfano Herrera

C.C. 80076398 DE BOGOTA D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7770270986



Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-11-18, 10:57:30 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1033177198
Período Cotización 202010 Período Servicio 202010

Cliente:

PAGADA 2020-11-18

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CESAR RICARDO HUERFANO HERRERA				
Documento	CC 80076398		Dirección	CALLE 21 SUR 9G 35ESTE	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	2333888	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.		Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal					

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80076398	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Colizante	57 00				HUERFANO HERRERA CESAR RICARDO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales			
	Código AFP	Tras. AFP	Total AFP	IBC	Código AFP	Tras. EPS	Total EPS	IBC EPS	Código AFP	Tras. Riego	Total Riego	IBC Riego	Código AFP	Tras. CCF	Total CCF	IBC CCF	Código AFP	Tras. SENA	Total SENA	IBC SENA
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				
41																				
42																				
43																				
44																				
45																				
46																				
47																				
48																				
49																				
50																				
51																				
52																				
53																				
54																				
55																				
56																				
57																				
58																				
59																				
60																				
61																				
62																				
63																				
64																				
65																				
66																				
67																				
68																				
69																				
70																				
71																				
72																				
73																				
74																				
75																				
76																				
77																				
78																				
79																				
80																				
81																				
82																				
83																				
84																				
85																				
86																				
87																				
88																				
89																				
90																				
91																				
92																				
93																				
94																				
95																				
96																				
97																				
98																				
99																				
100																				

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes SENA	Total Aportes Cajas	Total Aportes CBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SUPRA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000	\$ 43.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 556.900

03/12/20



