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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA YANETH ZULUAGA AGUDELO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	63,442,921							
CORREO ELECTRONICO:	gloyazu@hotmail.com				CELULAR:	3125760693							
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD :	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10M05HK	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	005570334135								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5812-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	32753	FECHA	18/08/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Para prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE FARMACIA, dentro de lo diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUDSUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la instiitucion.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2020		30	9	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.543.860
VALOR EJECUTADO	$2.543.860
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8345249312	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

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

LUZ DARY TERAN MERCADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GLORIA YANETH ZULUAGA AGUDELO
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**	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FARMACIA BOSTON			**Sede: KENNEDY**						
No. DE CONTRATO:	5812-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.020		30	9	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA	GLORIA YANETH ZULUAGA AGUDELO		**C. C.**		63.442.921		**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 AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
RECIBIR Y REVISAR LAS PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS, SU DOSIFICACION Y CANTIDADES Y LAS SOLICITUDES DE ELEMENTOS MEDICO-QUIRURGICOS Y REALIZAR LA RELACION DE EGRESOS DIARIA. ALISTAR Y ENTREGAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS.	100%	SE DOSIFICAN LAS FORMULAS MEDICAS Y SE DISPENSAN LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS.TAMBIEN SE RECIBEN LAS DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DE PACIENTES POR VENTANILLA. SE ALISTAN LOS CARROS DE LOS DIFERENTES SERVICIOS.	SE DESPACHAN FORMULAS A DIARIO A LOS DIFERENTES SERVICIOS LAS CUALES REPOSAN EN EL ARCHIVO DE LA FARMACIA CENTRAL.
VERIFICAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS DE JUSTIFICACION DE LOS MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. ALISTAR Y ENTREGAR LOS INSUMOS REQUERIDOS PARA PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL.	100%	RECIBIR Y REVISAR LOS FORMATOS DE JUSTIFICACION NO POS QUE SALGAN EN EL SERVICIO Y SE VERIFICAN QUE ESTE CORRECTAMENTE DILIGENCIADOS Y SE INGRESAN AL LIBRO DE MEDICAMENTOS NO POS, SE PASAN A LA PARTE ADMINISTRATIVA PARA QUE SEAN REPORTADOS A LOS DIFERENTES PAGADORES.	SE RECIBE FORMATOS DE NO POS A DIARIO SEGÚN REQUERIEMIENTO DEL SERVICIO
ORGANIZAR Y CLASIFICAR LOS MEDICAMENTOS Y MEDICOQUIRURGICOS EN SUS RESPECTIVOS ESTANTES, REALIZAR CONTEOS DE MEDICAMENTOS Y ELEMENTOS PARA SU RESPECTIVO	100%	SE ORGANIZAN LOS MEDICAMENTOS Y MEDICO QUIRURGICO, EN SU RESPECTIVO PUESTO, SE HACEN CONTEOS ALEATORIOS PARA TENER UN MEJOR CONTROL DEL INVENTARIO.	SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD SEGÚN NECESIDAD DEL SERVICIO
REALIZAR SEGUIMIENTO Y CONTROL EN LIBROS A LOS MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVO MEDICO QUIRURGICOS DE ALTO COSTO, MEDICAMENTOS NO POS Y ANTIBIOTICOS. RECIBIR Y ENTREGAR TURNO POR INVENTARIO FISICO LOS MEDICAMENTOS Y MEDICOQUIRURGICOS DE CONTROL ESPECIAL, DEL FONDO NAL DE ESTUPEFACIENTES Y ALTO COSTO.	100%	TODOS LOS DIAS SE DESCARGAN EN LOS LIBROS LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, ANTIBIOTICOS Y MEDICO QUIRURGICO DE ALTO COSTO.	A DIARIO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD.Y SE REALIZAN LOS DESCARGUES EN LOS RESPECTIVOS LIBROS LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN LA FARMACIA CENTRAL.
RESPONDER POR EL INVENTARIO QUE MANEJA CON TRANSPARENCIA, EFICIENCIA, EFICACIA Y EQUIDAD, REALIZANDO LOS CONTEOS SEMANALMENTE.	100%	ESTA ACTIVIDAD ES PROPIA DEL CARGO Y SE REALIZA DE FORMA CONSTANTE SIENDO RESPONSABLE, CUMPLIDA Y ORGANIZADA.	SE REALIZA EL INVENTARIO CADA VEZ QUE SE PROGRAME, PERO MENSUALMENTE ES NECESARIO REALIZAR CONTEOS ALEATORIOS
INFORMAR OPORTUNAMENTE AL INTERVENTOR LAS FALTAS Y FALLAS ENCONTRADAS EN EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO .REALIZAR LAS ACTIVIDADES QUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CONSIDERE PERTINENTE DE ACUERDO A LA NATURALEZA DE SU	100%	SE INFORMA AL JEFE INMEDIATO SOBRE LOS INCONVENIENTES O FALLAS QUE SE PRESENTAN DURANTE EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PARA BUSCAR SOLUCIONES Y SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES ADICIONALES NECESARIAS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO.	ESTA ACTIVIDAD SE REALIZA CADA VEZ QUE SEA NECESARIO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.734.450 (UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE).

GLORIA YANETH ZULUAGA AGUDELO CC.63,442,921

Firma de recibido supervisor:_____

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:

GLORIA YANETH ZULIUAGA AGUDELO

CC. 63.442.921 DE PIEDECUESTA (SANTANDER)

La suma de $1.734.450(Un millón setecientos treinta y cuatro mil cuatrocientos cincuenta pesos m/cte). Por concepto de: Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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. Durante el periodo del 01 al 30 de Septiembre/20, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No.5812-2020.

GLORIA YANETH ZULIUAGA AGUDELO

CC. 63.442.921 DE PIEDECUESTA (SANTANDER)

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 005570334135

Señor(es): GLORIA YANETH ZULUAGA AGUDELO
Nit: CC 63442921
Dirección: KR 91a 73a 80
Teléfono: 3125760693 **Fax:** 3125760693
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	GLORIA YANETH ZULUAGA
Tipo y número de identificación	63442921
Número de radicación planilla	8345249312
Fecha de pago	9/8/2020
Número de autorización de pago	96447499
Banco	1023
Valor comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Agosto 2020
Periodo cotización pensión	Agosto 2020
Periodo cotización caja	Agosto 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$271.700
Total interés mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$21.400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$140.500	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$109.800	1

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información