Secretaría Distrital 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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDREA JOHANNA HERNANDEZ CRISTANCHO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.012.402.125						
CORREO ELECTRONICO:	anjho_0825@hotmail.com				CELULAR:	3219995745						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PABLO VI											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA16M05	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	10039676040								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2046-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	11/26/2020	NÚMERO DE CRP	52874	FECHA	30/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales 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	12	2020		31	12	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

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:	$17.517.940
VALOR EJECUTADO	$17.517.940
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
9413067756	$877.803	$109.800	$ 140.500	4		**$ 250.300**

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

SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANDREA JOHANNA HERNANDEZ CRISTANCHO

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

Version	2
Fecha de aprobación	3/04/2017
Codigo	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	FARMACIA		**Sede:** PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	2046 -2020	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	12	2020		31	12	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDREA JOHANNA HERNANDEZ CRISTANCHO	**C. C.**	1.012.402.125			**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: : Prestar servicios de apoyo a la gestión 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 ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1 Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usua	si	1 Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario	se realiza la actividad de dispensacion establecido en el procedimiento
2 Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue	si	2 Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue	se descarga del sistema de informacion de dinamica los medicamentos acorde a la fo
3 Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido	si	3 Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.	se realiza verificacion de fechas de vencimiento y se procede a la buena practica de almacenamiento
4 Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.	SI	4 Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.	se lleva a cabo la respectiva limpieza y desinfeccion de stant asignados y registro en el formato cod 02-02-FO-0012 para el adecuado almacenamiento de medicamentos
5 Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	si	5 Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	diligenciar diariamente los formatos asignados para cada actividad
6 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	si	6 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	cumplir en la mayor totalidad las normas implementadas en el servicio
7 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	si	7 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	llevar a cabo el registro en los respectivos formatos de actividades asignadas y entrega de soportes a supervisor
8 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	si	8 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	tener sentido de pertenencia por la instucion y el lugar donde se brinda el servicio para garantizar una atencion de calidad
9 Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	si	9 Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	asistencia a las uat, ulc programadas y demas que corresponde
10 Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	si	10 Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	informar oportunamente al jefe de servicio cualquier anomalia que se presente ademas del adecuado reporte en la mesa de ayuda
11 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	si	11 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	dar cumplimiento al 100 % con adherencia a todos los procedimientos que tiene la Subred para el cumplimiento con las actividades
12 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	si	12 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	participar activamente en las diferentes actividades que agende la Subred
13 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	si	13 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	mensualmente se lleva a cabo la estadistica de las actividades realizadas diligenciando los respectivos formatos y posterior entrega de soportes
14 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	si	14 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	realizar la respectiva entrega de los elementos que se han asignados

TOTAL A PAGAR ($ 1.734.450) UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUANTROCIENTOS CINCUENTA MIL M/CTE

Andrea Johanna Hernandez 1012402125

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ANDREA JOHANNA HERNANDEZ CRISTANCHO

Fecha 31/12/2020 Firma de recibido supervisor

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

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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

bicación del Servicio:	FARMACIA		**Sede:** PABLO VI							
o. DE CONTRATO:	2046 -2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2020		31	12	2020
OMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDREA JOHANNA HERNANDEZ CRISTANCHO		**C. C.**	1.012.402.125			**DE**	BOGOTA	

BJETO DEL CONTRATO: : Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Farmacia, dentro de los diferentes procesos y rocedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

l resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
5.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información el ervicio, para consolidar la producción mensual del servicio	SI	15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	entregar a tiempo los formatos para la consolidacion de dicha informacion
6 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de eguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	entregar oportunamente el certificado de pago de la seguridad social
7. Realizar las demás actividades que le sean signadas acordes con el objeto del contrato	SI	17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	cumplir con las actividades que el supervisor asigne acorde con el objeto del contrato

OTAL A PAGAR ($ 1.734.450) UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUANTROCIENTOS CINCUENTA MIL M/CTE

Jehemer Hernandez Cristancho 1012402125

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ANDREA JOHANNA HERNANDEZ CRISTANCHO

Fecha 31/12/2020 Firma de recibido supervisor

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012402125		HERNANDEZ CRISTANCHO ANDREA JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 65F 78K 49Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7776140	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	62879566	9413067756	I	2020/12/07	2020/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	1012402125	HERNANDEZ ANDREA	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS005	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

2020/12/09 01:09 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012402125		HERNANDEZ CRISTANCHO ANDREA JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 65F 78K 49Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7776140	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	62879566	9413067756	I	2020/12/07	2020/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANDREA JOHANNA HERNANDEZ CRISTANCHO

C.C 1012402125 DE BOGOTA

La suma de Un millón setecientos treinta y cuatro mil cuatrocientos cuarenta pesos m/cte.($1.734.450), por concepto de Prestar servicios como técnico en servicios farmacéuticos en la unidad de Pablo IV , durante el periodo del 1 al 30 de diciembre del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2046-2020

Andrea Johanna Hernandez C.

ANDREA JOHANNA HERNANDEZ CRISTANCHO

C.C 1012402125 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 10039676040