ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-feb.-21	Hasta:	28-feb.-21			
Nombre del Contratista:	JUAN DAVID AGUILAR GARCES		Cédula:	1.014.282.580			
Correo Electrónico:	David-Aguilar20@hotmail.com		Teléfono(s):	3158920495			
Nombre del Supervisor - Planta:	Dra. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ		Cargo:	DIRECTOR TECNICO	Codigo-Grado:	009-05	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	FRANCY YAMELY DOMINGUEZ SALAZAR		Perfil	REFERENTE DE FARMACIA	No. CTO:	3067-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	1748-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIAR DE FARMACIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS USME				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Ocultar							
FARMACIA - USS USME		USME	M05UB	168		$ 8.720	$ 1.464.960	75,50%
FARMACIA - USS EL TUNAL		TUNAL	M05TN		6	$ 8.720	$ 52.320	2,70%
FARMACIA - USS DANUBIO AZUL		DANUBIO AZUL	M05UL		54	$ 7.833	$ 422.982	21,80%
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.940.262	UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2	Febrero	$ 1.940.262
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.865.760	$ 4.865.760	$ 1.940.262	$ 2.925.498

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de apoyo técnico en el area de farmacia en la Subred Sur, con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.	DISPENSACIÓN DE FORMULAS MÉDICAS	FORMULAS MÉDICAS
2	Realizar la dispensación y rotación de los medicamentos a todos los servicios encomendados en forma oprtuna, basados en la formulación médica generada por profesionales de salud.	Ingreso al sistema de los insumos formulados	FÓRMULAS
3	Realizar la verificación de lo ordenado frente al dispensado y realizar los respectivos registros en el sistema dde información	Verificación de la Fórmula frente al ingreso	Soportes fisicos
4	Participar activamente en los inventarios de las diferentes farmacias, con validaciones periodicas a traves de la elaboración de informes de proximos vencimientos de medicamentos, los cuales de no ser reportados a tiempo se desscontaran de la certificación mensual	Asisitir y realizar los inventarios programados. Realización de aleatorios y reportes de medicamentos próximos a vencer.	Actas de inventarios Soporte fisico de los aleatorios y bases de daqtos.
5	Elaborar pre informes de movimientos y de medicamentos de control especial y realizar los respectivos registros de su entrega y dispensación	Realizar el registro de los medicamentos de control especial dispensados en el libro correspondiente	Soportes fisicos
6	Dar cumplimiento a los lineamientos y directrices emitidas po el referente del servicio y quimico farmaceutico	Realización de las actividades adicionales dadas por el referente del servicio farmacéutico	Soporte fisicos

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.145.120
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	1	2021	02	18	8348406536		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO VEINTE PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.100
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 281.100	$ 281.100

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	452970030477

JUAN DAVID AGUILAR GARCES
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.014.282.580
CC. NO. CONTRATISTA

Dra. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTOR TECNICO

FRANCY YAMELY DOMINGUEZ SALAZAR
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTE DE FARMACIA

2021-02-12

Señor(es): JUAN DAVID AGUILAR GARCES
Nit: CC 1014282580
Dirección: CLL 18 A # 16 93
Teléfono: 3158920495 **Fax:**
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	JUAN DAVID AGUILAR GAR
Tipo y número de identificación	1014282580
Número de radicación planilla	8348406536
Fecha de pago	2/18/2021
Número de autorización de pago	33156602
Banco	1023
Valor comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Enero 2021
Periodo cotización pension	Enero 2021
Periodo cotización caja	Enero 2021
Número de administradoras	4
Total Pagado	$299.400
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$22.200	1
230301	Porvenir	$145.400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$18.200	1
EPS008	Compensar EPS	$113.600	1

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