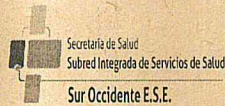


CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LUZ ANGELICA RIAÑO															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				52.261.937								
CORREO ELECTRONICO:				luzangelicar924@gmail.com				CELULAR:				3212419075							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								Fontibon											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:											
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		FO08M05	100																
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				66991038541				PENSIONADO				No							
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2159-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				11							
NÚMERO DE CDP		1723		FECHA		26/11/2020		NÚMERO DE CRP		52968		FECHA		30/11/2020					
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.															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		12		2020				31		12		2020	
VALOR HORA:				\$9.325															
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:										\$19.256.125									
VALOR EJECUTADO										\$19.256.125									
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2,194,507, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.																			
Numero de Planilla		IBC DE COTIZACION		APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16%		NIVEL ARL		APORTE ARL		TOTAL APORTES							
46894802		\$877803		\$109.800		\$140.500		3		\$21.400		\$271.700							
Dado en Bogotá en el mes de Diciembre del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,																			
 LILIANA CASTIBLANCO MOSOS NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:										 LUZ ANGELICA RIAÑO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA									

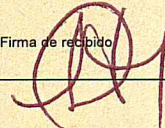
	FORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		CAPS ZONA FRANCA				Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:		2159-2020		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LUZ ANGELICA RIAÑO QUINTERO				C. C.	52.261.937			DE	BOGOTA	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE FARMACIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución.												
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐												
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS					
Atender con calidez, trato amable, y sin barreras al usuario y su acompañante		SI	Atencion al servicio farmacéutico				Indicadores atencion al usuario					
Asistir y participar en las capacitaciones y proceso de induccion y re induccion con relacion a la prestacion del servicio farmacéutico y facturación programada por la áreas		SI	asistir a reuniones y capacitaciones programadas				Lista de asistencia					
Garantizar el escaneo de los documentos del usuario y soportes respectivos, realizando la adecuada verificación de la Seguridad Social del usuario en Bases de datos y su facturación al pagador correspondiente.		SI	Se realiza con cada uno de los usuarios que se dispensa medicamentos en la farmacia				Documentación entregada a facturación					
Solicitar autorización, en los casos que sea necesario, a la Central de Autorizaciones o tramitarla según corresponda.		SI	Se realiza cuando es necesario para la entrega				Documentación entregada a facturación					
Participar en el proceso de dispensación de medicamentos y dispositivos medicos para paciente ambulatorio y hospitalizado realizando el registro de las devoluciones de medicamentos o dispositivos medicos de pacientes hospitalizados o de urgencias.		SI	Se realiza la devolución según corresponda				Informe devoluciones del servicio					
Realizar los pedidos a los proveedores o area autorizada y realizar la recepcion tecnica, cumpliendo con el respectivo procedimiento y diligenciamiento en medio magnetico.		SI	Se realiza acta de recepcion tecnica a cada una de los medicamentos ingresados a la farmacia por traslado y/o factura proveedor				Acta de recepcion tecnica mensual					
Mantener el porceso de control de fechas de vencimiento al día, realizando las gestiones necesarias para evitar el vencimiento de los medicamentos y/o dispositivos medicos.		SI	Seguimiento y verificación de medicamentos proximos a vencer del tramo asignado				Entrega informe mensual proximos a vencer					
Velar porque los procesos basicos del area del Farmacia : selección, adquisicion, recepcion, dispensación, almacenamiento y distribución de medicamentos se lleven a cabo teniendo en cuenta el manual de procedimientos de la institucion.		SI	Seguimiento y verificación de medicamentos del tramo asignado				Entrega tramo asignado mensual					
Diligenciar integral, oportuna y con calidad los instrumentos necesarios y requeridos para el desarrollo de las actividades		SI	Se aplican formatos establecidos para la entrega de cada una de las actividades a realizar				Formato de almera					
Elaborar facturas manuales si es necesario, elaborando el respectivo informe y entregarlas ordenadas al personal autorizado por el area de tesoreria, garantizando el ingreso al aplicativo de facturación de la totalidad de las facturas manuales realizadas.		SI	Se conservar las facturas manuales para la posterior facturación				Entrega de facturación					
Imprimir, organizar, soportar, entregar y archivar las facturas elaboradas, garantizando la entrega de llas facturas al area de Facturación según corresponda de las facturas a anular dentro de cada turno y entregar informe semanal con los soportes respectivos.		SI	Facturación de las formulas medicas entregadas a facturación				Entrega de facturación					
Garantizar la elaboración del cargo en el sistema y la facturación del total de los medicamentos entregados por el servicio farmacéutico a los usuarios ambulatorios y los atendidos en el servicio de urgencias, observación, hospitalización, partos y cirugias evitando los cargos pendientes por facturar		SI	Facturación de las formulas medicas en el sistema de informacion				Entrega de facturación					
Archivar y entregar soportes del archivo de la vigencia y vigencias anteriores según directriz de Archivo Central		SI	Facturación de las formulas medicas entregadas a facturación				Entrega de facturación					
Realizar apertura y cierre de cada turno, generando los informes necesarios para el cierre como lo son: relacion de facturas, relacion de recibos, cuadro de caja, arqueo de caja y traslado de caja, debidamente verificados, garantizando y respondiendo por el recaudo y buen manejo de caja.		SI	Facturación de las formulas medicas en el sistema de informacion				Entrega de facturación					

Manejar adecuadamente el software de la institucion y velar por el buen uso de los equipos y elementos de trabajo suministrados por el hospital, haciendo entrega del puesto donde desempeñe sus actividades incluyendo el archivo organizado, elementos de papeleria y otros.	SI	Se cuida del inventario en insumos para desempeñar la labores asignadas	Custodia de inventario
Mantener actualizado y organizado el archivo con todos los soportes de la actividad baja su responsabilidad, de acuerdo a la normatividad vigente y responder integralmente por aquellos documentos, facturas que genere y que sean motivo de glosa por el incumplimiento de las actividades propias del contrato, garantizando la busqueda y entrega del 100 % de los soportes de glosas para los diferentes pagadores segun cronograma asignado.	SI	Dentro de los servicios se implementan los procedimientos	Procesos y procedimientos establecidos por la Subred
Informar oportunamente de las dificultades y deficiencias que se presenten en le despliegue de sus actividades, a la referente del servicio en primer lugar, para que se puedan tomar las medida pertinentes frente a esar, así como los insumos que se requieren para el desarrollo de actividade contratadas, con el fin de logrra sus gestion oportuna.	SI	Se informa oportunamente las fallas presentadas durante la prestacion del servicio.	Reporte durante el servicio
Participar en los inventarios periodicos de la farmacia y demas actividades que le sean solicitadas por los referentes y coordinadores de la areas y las demas obligaciones que la oficina Juridica considere para este tipo de contratacion.	SI	Se realizan actividades de acuerdo al cargo	Conteo mensual Inventario Valorizado

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1,734,450 UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS

<p>loz Angeles Rueda</p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL</p> <p>CONTRATISTA: 52261937</p>	<p>Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido</p> <p>supervisor: </p>
--	--

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



DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52261937	luz angelica riato quintero	calle 9 c 23 manz 4 casa 15	8221941	luzangelicar75@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1- Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLEADOS	UPC			
					1	0			
					TOTAL A PAGAR				
					\$271.700				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	109.800	0

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400	0

TOTALES CAJAS				
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	1
0	0	0	0	1

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	109.800	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400	21.400
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	271.700	271.700	271.700

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	52261937	luz angelica riano quinero	calle 9 c 20 23 manz 4 casa 15
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	1- Independiente		
		DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
		CUNDINAMARCA	FUNZA
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
		NO	
		CORREO	TELÉFONO
		luzangelicar75@hotmail.com	8221941

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
2020-11	2020-11	1	EMPLEADOS 1
			UPC 0
			TOTAL A PAGAR \$271,700
			NÚMERO PLANILLA 46894802

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES													
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante		Exonerado	Ret	TDE	TAE	TAP	VSP	SLN	IDE	YMA	WAC	AFP	WCT	IRL	CONEXION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización CCF	IBC CCF	Aporte CCF	Aporte SENA	Aporte ICDF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
CC	52261937	riano quinero luz angelica	59	0	N														230301	877.803	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ ANGELICA RIAÑO QUINTERO

C.C 52261937 DE BOGOTA

La suma de \$1,734,450 UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS pesos m/cte, por concepto de: Prestación de Servicios como Auxiliar de farmacia, del CAPS zona franca, con un total de 186 horas, valor hora de \$ 9325 durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2159-2020

Luz Angelica Riaño
LUZ ANGELICA RIAÑO QUINTERO

C.C 52261937 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 66991038541

