Secretaria 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	15/2/2018	
		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:	2513-2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3		
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/1/2021	NÚMERO DE CRP	12908	FECHA	31/1/2021
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/1/2021	NÚMERO DE CRP	12968	FECHA	31/1/2021
NÚMERO DE CDP	201	FECHA	10/2/2021	NÚMERO DE CRP	16516	FECHA	18/2/2021
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	4	2021		30	4	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.795.086							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES:

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.385.258
VALOR EJECUTADO	$5.385.258
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.795.086
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 $2.271.315 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
49204461	$908.526.00	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de ABRIL del año (2021). 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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	3/4/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FARMACIA BOSTON						**Sede: KENNEDY**			
No. DE CONTRATO:	2513-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.021		30	4	2.021
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 PROFESION Y ACTIVIDAD.	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): $1.795.086 (UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS 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 $1.795.086 (un millón setecientos noventa y cinco mil ochenta y seis 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 ABRIL/2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2513-2021

GLORIA YANETH ZULIUAGA AGUDELO

CC. 63.442.921 DE PIEDECUESTA (SANTANDER)

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 005570334135

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	63442921	GLORIA YANETH ZULUAGA AGUDELO	KR 91a 73a 80	3125760693	gloyazu@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	07/04/2021	49204461	$281.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	63442921	GLORIA YANETH ZULUAGA AGUDELO	KR 91a 73a 80	3125760693	gloyazu@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	07/04/2021	49204461	$281.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	63442921	ZULUAGA AGUDELO GLORIA YANETH	59	0			N																25-14	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS017	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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