

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

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		8									
NÚMERO DE CDP		1052		FECHA		22/07/2020		NÚMERO DE CRP		35518		FECHA		30/08/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar 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.															
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
				1		9		2020				30		9		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:								\$14.052.775									
VALOR EJECUTADO								\$14.052.775									
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											
44964106	\$877803	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700											
Dado en Bogotá en el mes de Septiembre 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

Fecha de aprobación

3/04/2017

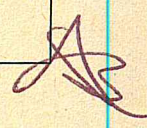
Código:

04-02-FO-0003



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

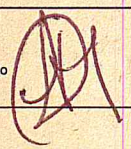
Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA				Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	2159-2020		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
					1	9	2.020		30	9	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ ANGELICA RIAÑO QUINTERO				C. C.	52.261.937		DE	BOGOTÁ		
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales 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 <u>X</u> 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 farmaceutico				Indicadores atencion al usuario			
Asistir y participar en las capacitaciones y proceso de induccion y re induccion con relacion a la prestacion del servicio farmaceutico y facturacin programada por la areas			SI	asistir a reuniones y capacitaciones programadas				Lista de asistencia			
Garantizar el escaneo de los documentos del usuario y soportes respectivos, realizando la adecuada verificacion de la Seguridad Social del usuario en Bases de datos y su facturacion al pagador correspondiente.			SI	Se realiza con cada uno de los usuarios que se dispensa medicamentos en la farmacia				Documentacion entregada a facturacion			
Solicitar autorizacion , en los casos que sea necesario, a la Central de Autorizaciones o tramitarla según corresponda.			SI	Se realiza cuando es necesario para la entrega				Documentacion entregada a facturacion			
Participar en el proceso de dispensacion 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 devolucion 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 dia, 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, dispensacion, almacenamiento y distribucion 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 facturacion de la totalidad de las facturas manuales realizadas.			SI	Se conservar las facturas manuales para la posterior facturacion				Entrega de facturacion			
Imprimir, organizar, soportar, entregar y archivar las facturas elaboradas, garantizando la entrega de llas facturas al area de Facturacion según corresponda de las facturas a anular dentro de cada turno y entregar informe semanal con los soportes respectivos.			SI	Facturacion de las formulas medicas entregadas a facturacion				Entrega de facturacion			
Garantizar la elaboracion del cargo en el sistema y la facturacion del total de los medicamentos entregados por el servicio farmaceutico a los usuarios ambulatorios y los atendidos en el servicio de urgencias, observacion, hospitalizacion , partos y cirugias evitando los cargos pendientes por facturar			SI	Facturacion de las formulas medicas en el sistema de informacion				Entrega de facturacion			
Archivar y entregar soportes del archivo de la vigencia y vigencias anteriores según directriz de Archivo Central			SI	Facturacion de las formulas medicas entregadas a facturacion				Entrega de facturacion			
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	Facturacion de las formulas medicas en el sistema de informacion				Entrega de facturacion			



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 medidad pertinentes frente a esar, asi como los insumos que se requieren para el desarrollo de actividade contratadas, con el fin de lograra 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><u>102 Angelica Ruano @ 52261937</u></p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL</p> <p>CONTRATISTA: _____</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	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52261937	luz angelica riño quintero	calle 9 c 20 23 manz 4 casa 15	8221941	luzangelicar75@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1 - Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2020-08					44964106	
2020-08					\$271.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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

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

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0	0	109.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor	Aportes Voluntarios	Aportes Voluntarios	Aportes FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400	0	0	0	0	0	0	0	214	21.400	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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

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

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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS
					UPC 0
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-08	2020-08	I	04/09/2020	44964106	\$271.700

ETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

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 30 de Septiembre 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

