Secretaría 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	15/02/2018	
		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	**10**					
NÚMERO DE CDP	1597	FECHA	31/10/2020	**NÚMERO DE CRP**	47569	**FECHA**	6/11/2020			
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	11	2020		30	11	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:	$17.521.675
VALOR EJECUTADO	$17.521.675
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 $2,194,507, 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
46264065	$877803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá en el mes de Noviembre 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
LUZ ANGELICA RIAÑO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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	11	2.020		30	11	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 difrerentes 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 X 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 infduccion 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 verificacion de medicamentos proximos a vencer del tramo asignado	Entrega informe mensual proximos a vencer
Velar porque los procesos basicos del area del Farmacia : selección, adquuision, recepcion, dispensacion, almacenamiento y distribucion de medicamentos se lleven a cabo teniendo en cuenta el manual de procedimientos de la institucion.	SI	Seguimiento y verificacion 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 directirz 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, cuadre 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**

Luz Angelica Riaño

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 52-261937

Fecha : dd/mm/aaaa 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:

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 Noviembre de presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **2159-2020**

Luz Angelica Riaño
52261937

LUZ ANGELICA RIAÑO QUINTERO

C.C 52261937 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 66991038541

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	52261937	luz angelica riaño quintero	calle 9 c 20 23 manz 4 casa 15	8221941	luzangelicar75@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-10	2020-10	I	04/11/2020	46264065	$271.700

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	21.400				21.400	0	0	21.400			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
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	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

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	52261937	luz angelica riaño quintero	calle 9 c 20 23 manz 4 casa 15	8221941	luzangelicar75@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	I	04/11/2020	46264065	$271.700	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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	52261937	riaño quintero luz angelica	59	0			N																	230301	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS002	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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