14982

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			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			12			
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020	NÚMERO DE CRP	59460	FECHA	31/12/2020			
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	1	2021		31	1	2021		
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:	$20.990.575
VALOR EJECUTADO	$20.990.575
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
845029391	$877803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá en el mes de Enero del año Dos Mil Veintiuno (2021). 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	1	2.021		31	1	2.021
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 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 Rojas

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 52261437

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 31 de Enero 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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	52261937-	luz angelica riaño quintero	U		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
2020	12	2020	4759008		PUBLICA / PRIVADA / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
calle 9 c 20 23 manz 4 casa 15	FUNZA	25286	CUNDINAMARCA	25	8221941		luzangelicar75@hotmail.com	7490	0	1	2020/12/29	845029391

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS002	800130907-4	109.800	0		0		0	109.800	0	0	0	109.800	0		0	0	109.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0	140.500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	899003790-5	21.400		0	0	21.400
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	21.400		0	214	21.400

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,RP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	140.500	140.500
SALUD	109.800	109.800
RIESGOS LABORALES	21.400	21.400
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	271.700	271.700

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

compensar miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO						NOVEDADES																VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Ne	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUSPPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	52261937	o quintero luz angelica	EPS002	230301																				877,803	877,803	0	877,803	0			140,500	0	0	109,800	0

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