| 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 | GESTIÓN MAYOR |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ISIS ENITH REGINO CALDERIN | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 56.062.090 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | isa.re1416@hotmail.com | | | | CELULAR | 3042023283 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | % | Centro de costo | % |
| | KE11-M05 | 100% | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 451870056137. | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2480-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 5 de 5 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 765 | FECHA | 21/05/21 | NUMERO DE CRP | 31423 | FECHA | 31/05/2021 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion 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 institucion | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 6 | 2021 | | 30 | 6 | 2021 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.795.086 | | | | | | | | | | |
| 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: | $8.975.430 |
| VALOR EJECUTADO | $8.975.430 |
| **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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1036457298 | $908.526,00 | $113.600 | $145.400 | 3 | $22.200 | **$281.200** |

Dado en Bogotá a los ( 30 ) días del mes de Junio del año **2021** . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordial

**LUZ DARY TERAN MERCADO**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**ISIS ENITH REGINO CALDERIN**
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 | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | FARMACIA TINTAL-KENNEDY | | | Sede: KENNEDY TINTAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 2480-2021 | Periodo certificado desde el | | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | | 1 | 6 | 2.021 | | 30 | 6 | 2.021 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ISIS ENITH REGINO CALDERIN | | | C. C. | 56.062.090 | | | DE | MAICAO | |

**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 ___ NO _____** X

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Cumplir con las leyes,decretos,acuerdos,, resoluciones,circulares de cualquier organo externo o reglamento interno,codigo o directriz interna de la E.S.E que tenga relacion con la ejecucion del objeto del presente contrato. | 100% | Recibir,revisar,codificar y controlar las prescripciones de medicamentos su dosificación y cantidades y las solicitudes de elementos medico-quirurgicos y realizar la relación de Egresos diaria y su verificación si es necesario. | NO POS EN EL MES 4 FORMULAS |
| 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. | 100% | verificar el diligenciamiento de los formatos de justificación de los medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. | FORMULAS DE URGENCIAS ENTREGADAS DURANTE TODO EL TURNO DEL DIA FORMULAS |
| 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desrrollo y ejecucion del presente contrato, de acuerdo con el codigo del buen gobierno y etica institucional y/o profesional. | 100% | informar oportunamente al interventor de las faltas y fallas encontradas en el desarrollo de los procesos y procedimientos del servicio. | FORMULAS DE HOSPITALIZACION ENTREGADAS DURANTE EL MES EN EL TURNO DEL DIA 220 FORMULAS |
| 4. Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro los quince (15) primeros dias del calendario de cada mes. | 100% | realizar seguimiento, control y generar indicadores para el cumplimiento de las actividades del Servicio Farmaceutico. | FORMULAS AMBULATORIAS DURANTE EL MES 3 FORMULAS |
| 5. Cumplir con la adherencia al as guias de manejo, manuales ,instructivos,protocolos,procesos y procedimientos institucionales | 100% | custodiar y responder por los bienes a cargo y realizar la atención a las actividades propias del inventario, según las necesidades del Servicio. Responder por el inventario que maneje con transparencia, eficiencia, eficacia y equidad como responsable de los procesos contables y administrativos. | FORMULAS DE TERAPIA ENTREGADAS EN EL MES 20 |
| 6. Desarrollar una cultura de autocontrol ,frente al cumplimiento de actividades de promocion, cuidado y uso racinal de los recursos del sistema integrado de gestión de la subred suroccidente relacionados con la gestion ambiental,seguridad y salud en el trabajo,gestion documental y archivo,sistema unico de acreditacion,responsabilidad social,seguridad de la informacion y control interno,acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas. | 100% | Buscar estrategias que garanticen un adecuado almacenamiento y organización de los productos, formulas medicas, justificaciones y solicitudes archivadas a diario. | CONTEO DE MEDICAMENTOS Y MEDICOQUIRURGICOS MENSUAL CON REGISTRO INVIMA- LOTE-FV-CANTIDAD. 79 |
| 7.Contibuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantia de calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del sistema unico de habilitacion,auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema unico de acreditacion y sistema de informacion. | 100% | alistar y entregar los medicamentos y dispositivos medicos en los diferentes servicios. | ORGANIZAR ESTANTERIA Y MANTENER LIMPIO EL LUGAR DE TRABAJO. CONTESTAR TELEFONO Y COLABORAR CON LAS DUDAS DEL PERSONAL MEDICO O ENFERMERIA. DIGITAR FORMULAS MEDICAS Y MEDICO-QUIRURGICOS DEBIDAMENTE COMO LO MANDAN LAS ACTIVIDADES COMO AUXILIAR. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.795.086** UN MILLON SETESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS

**ISIS ENITH REGINO CALDERIN CC: 56062090**

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.

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple.

8. Diligenciar la cantidad física que se contó
9. Colocar la cantidad que está en el sistema

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha creación reporte** | 2021-06-15, 12:16:04 PM | **Tipo Planilla** | I | **Número Planilla** 1036457298 | **Referencia pago(PIN)** 8836894080 |
| | | **Periodo Cotización** | 202105 | **Periodo Servicio** | 202105 |

**Cliente:**

## PAGADA 2021-06-13 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ISIS ENITH REGINO CALDERIN | | | | |
| **Documento** | CC 56062090 | **Dirección** | CR 96I #16 F - 38 PISO 2 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3042023283 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | CC 56062090 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | REGINO CALDERIN ISIS ENITH | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Dias AFP | Dias EPS | Dias ARP | Dias CCF | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 908.526 |

| Pensión | | | | | | | Salud | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC |
| 230201 | | 16 % | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 |

| Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 908.526 | $ 22.200 | CCF22 | 2 % | $ 908.526 | $ 18.200 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION (ING + PROTECCION) | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | COLSUBSIDIO | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 18.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 299.400 |





Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ISIS ENITH REGINO CALDERIN**

**C.C 56062090 DE MAICAO/G**

La suma de UN MILLON SETESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS (1.795.086), por concepto de: Prestación de Servicios como Auxiliar de Farmacia del hospital El Tintal durante el periodo de 01 de Junio al 30 de Junio 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2480-2021

**ISIS ENITH REGINO CALDERIN**

**C.C.56062090 DE Maicao/Guajira**

**CUENTA DE AHORROS BANCO: DAVIVIENDA**

**NUMERO: 451870056137**