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:	OSCAR CARRANZA CAICEDO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79.526.227							
CORREO ELECTRONICO:	ocarranza715@gmail.com					**3123930004**							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**Sur**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	**CAPS TRINIDAD GALAN**							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU57M05	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	27371058791								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGEN	**2491-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**7 de 7**			
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	**21/06/2021**	**NÚMERO DE CRP**	**36560**	**FECHA**	**30/06/2021**			
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	8	2021		31	8	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:	$12.565.602
VALOR EJECUTADO	12,565,602
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**	**NIVEL ARL**	**APORTE ARL**	**TOTAL APORTES**
9422919489	$908.526.00	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Agosto del año (2021) . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ DARY TERAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

OSCAR CARRANZA CAICEDO
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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	9/11/2016	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DEL SUR FARMACIA		**Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN**					
No. DE CONTRATO:	2491-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.021	31	8	2.021
	OSCAR CARRANZA CAICEDO		**C. C.**	79.526.227		**DE**	BOGOTA	

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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ___ N

OBLIGACIONES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS
información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue	PROGRAMADO	Se realiza facturación	Soportes de facturación de medicamentos ambulatorios y urgencias.Apoyo en facturación y dispensación de
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	PROGRAMADO	se realiza aseo del area de trabajo	cuadro de limpieza semanal y control de fechas de vencimiento.
Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio para consolidar la producción mensual del servicio	PROGRAMADO	Se registran las actividades diarias en formatos establecidos.	Se registran los indicadores, controles de temperatura.
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario	PROGRAMADO	Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes.	Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio.
Se realiza formato de lista de chequeo del ciclo del medicamento	PROGRAMADO	se realiza doble chequeo para detectar errores de alistamiento en la dispensacion	se realiza formato doble chequeo
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según en el procedimiento establecido	PROGRAMADO	se apoya la gestión y conservación de los medicamentos	Se realiza proceso de almacenamiento y distribución de medicamentos.Control de fechas de
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de Legibilidad oportunidad e integridad	PROGRAMADO	se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente.	formato de temperatura y humedad, control y limpieza de estantes # 13 y 15

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

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OSCAR CARRANZA CAICEDO
79'526 227

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:

OSCAR CARRANZA CAICEDO

C.C 79.526.227

La suma de $1.795.086, por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como Auxiliar de Farmacia durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2491-2021

OSCAR CARRANZA CAICEDO

C.C 79.526.227 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 27371058791

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79526227		CARRANZA CAICEDO OSCAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 43 sur # 72 q 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4800836	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	47837356	9422919489	I	2021/08/06	2021/08/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$283,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$90,853	$1,900			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$90,853	$1,900			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$90,853	$1,900			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC 79526227	CARRANZA OSCAR	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$113,600	CCF21	3	$90,853	$1,900	14-11	30	$908,526	$22,200	3	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$90,853	$1,900			$908,526	$22,200		$0	$0

2021/08/09 01:23 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79526227		CARRANZA CAICEDO OSCAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 43 sur # 72 q 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4800836	No

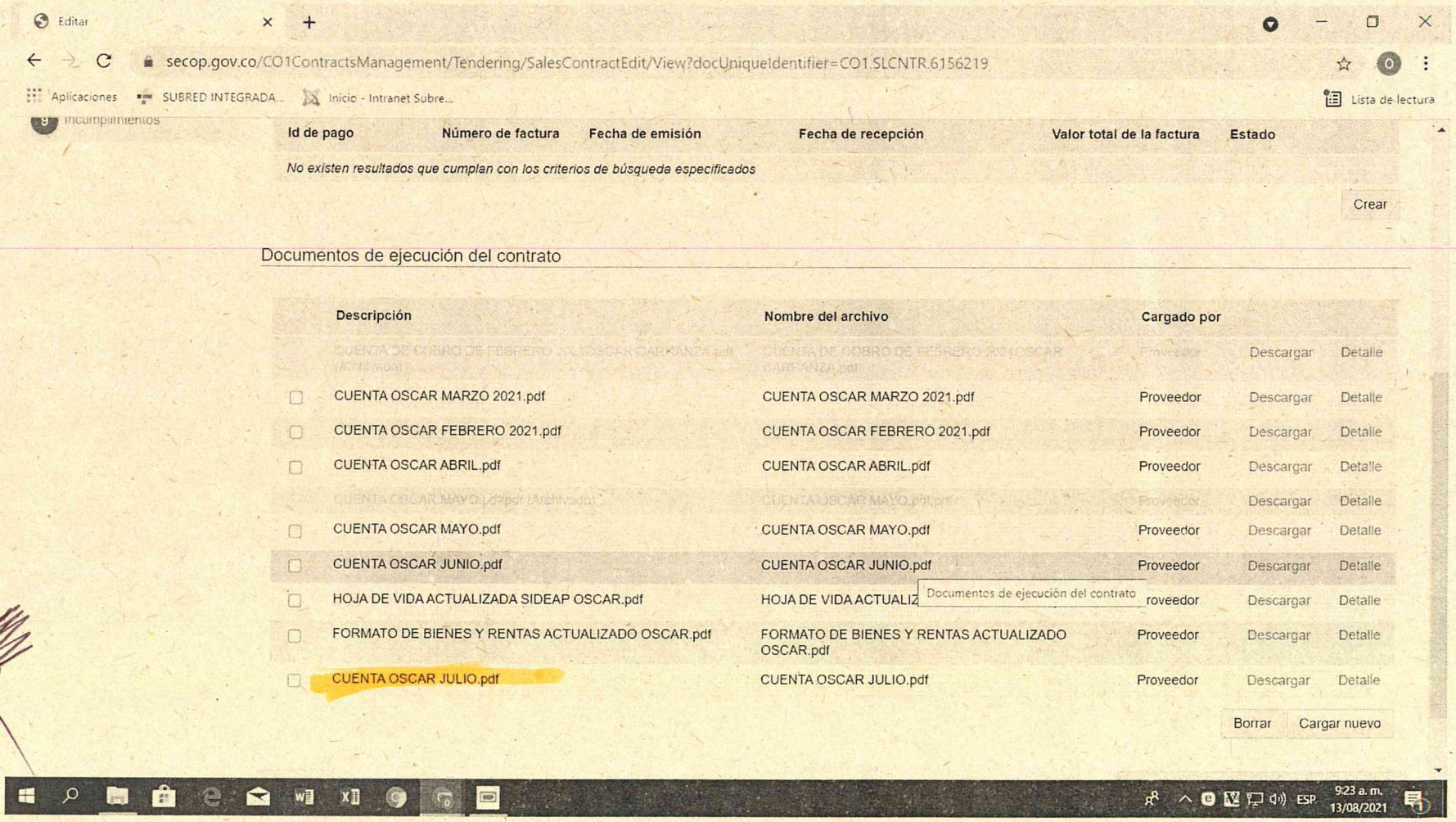
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	47837356	9422919489	I	2021/08/06	2021/08/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$283,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,900	$0	$0	$1,900
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$1,900	$0	$0	$1,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$283,100	$0	$0	$283,100

2021/08/09 01:23 PM


Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6156219
Aplicaciones
SUBRED INTEGRADA...
Inicio - Intranet Subre...
Lista de lectura
Incumplimientos
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA OSCAR MARZO 2021.pdf
CUENTA OSCAR MARZO 2021.pdf
Proveedor
CUENTA OSCAR FEBRERO 2021.pdf
CUENTA OSCAR FEBRERO 2021.pdf
Proveedor
CUENTA OSCAR ABRIL.pdf
CUENTA OSCAR ABRIL.pdf
Proveedor
CUENTA OSCAR MAYO.pdf
CUENTA OSCAR MAYO.pdf
Proveedor
CUENTA OSCAR JUNIO.pdf
CUENTA OSCAR JUNIO.pdf
Proveedor
HOJA DE VIDA ACTUALIZADA SIDEAP OSCAR.pdf
FORMATO DE BIENES Y RENTAS ACTUALIZADO OSCAR.pdf
FORMATO DE BIENES Y RENTAS ACTUALIZADO OSCAR.pdf
Proveedor
CUENTA OSCAR JULIO.pdf
CUENTA OSCAR JULIO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
ESP
9:23 a. m.
13/08/2021