| 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: | VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52754721 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | victoriagonca@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3187056890 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | Pablo VI | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FARMACIA | | | | SEDE: | Pablo VI | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | PA16M05 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488421220804 | | | | | | | | Pensionado | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 6036-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 4 de 4 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 924 | FECHA | 21/06/2021 | NÚMERO DE CRP | 37410 | 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% | NO APLICA | | | | | | | |

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: | $5.684.439 |
| VALOR EJECUTADO | $5.684.439 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 52626471 | $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 Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SÁNDRA ORTIZ.
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Victoria Gonzalez
VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO
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 | 2 |
| Fecha de aprobación | 3/04/2017 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ubicación del Servicio: | FARMACIA | | Sede: PABLO VI | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 6038-2021 | | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 8 | 2021 | | 31 | 8 | 2021 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO | | C. C. | | 52 754 721 | 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 ___ NO ____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Apoyar la dispensacion de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario | si | 1. Apoyar la dispensacion de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario | se realiza la actividad de dispensacion establecido en el procedimiento |
| 2. Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue | si | 2. Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue | se descarga del sistema de informacion de dinamica los medicamentos |
| 3. Apoyar en la gestion y conservacion de los medicamentos según el procedimiento establecido | si | 3.Apoyar en la gestion y conservacion de los medicamentos según el procedimiento establecido | se realiza verificacion de fechas de vencimiento y se procede a la buena practica de almacenamiento |
| 4 Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo | SI | 4.Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo | se lleva a cabo la respectiva limpieza y desinfeccion de stant asignados y registro en el formato cod 02-02-FO-0012 para el adecuado almacenamiento de medicamentos |
| 5. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | si | 5. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | diligenciar diariamente los formatos asignados para cada actividad |
| 6 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | si | 6 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | cumplir en la mayor totalidad las normas implementadas en el servicio |
| 7 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | si | 7 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | llevar a cabo el registro en los respectivos formatos de actividades asignadas y entrega de soportes a supervisor |
| 8 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas | si | 8 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas | tener sentido de pertenencia por la institucion y el lugar donde se brinda el servicio para garantizar una atencion de calidad |
| 9 Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, mesas de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | si | 9 Participar en las jornadas de capacitación, induccion, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | asistencia a las uat, uic programadas y demas que corresponde |
| 10 Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | si | 10 Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | informar oportunamente al jefe de servicio cualquier anomalia que se presente ademas del adecuado reporte en la mesa de ayuda |
| 11 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | si | 11 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | dar cumplimiento al 100 % con adherencia a todos los procedimientos que tiene la Subred para el cumplimiento con las actividades |
| 12 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | si | 12 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | participar activamente en las diferentes actividades que agende la Subred |
| 13 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | si | 13 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | mensualmente se lleva a cabo la estadistica de las actividades realizadas diligenciando los respectivos formatos y posterior entrega de soportes |
| 14 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | si | 14 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | realizar la respectiva entrega de los elementos que se han asignados |
| 15 Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | SI | 15 Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | entregar a tiempo los formatos para la consolidacion de dicha informacion |
| 16 Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | SI | 16 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | entregar oportunamente el certificado de pago de la seguridad social |
| 17 Realizar las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Si | 17 Realizar las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | cumplir con las actividades que el supervisor asigne acorde con el objeto del contrato |
| | | | |

TOTAL A PAGAR ($ 1.795.086)UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS (MCTE)

Victoria Angelica Gonzalez Camero
CC 52754721

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha 31/08/2021 Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobacion estara sujeto a la certificacion de cumplimiento del contrato que expida el supervisor

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 | 52754721 | VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO | CL 70B 79-15 | 3187056890 | VICTORIAGONCA@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I - Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 | |
| 2021-07 | 2021-07 | 1 | 12/08/2021 | 52626471 | $281.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPSC34 | Recaudo SGP Capital Salud | 900298372-9 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 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 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 145.400 | 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 | 22.200 | | | | 22.200 | 0 | 0 | 22.200 | | | 222 | 22.200 | 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 | 113.600 | 113.600 |
| Pensión | 1 | 145.400 | 145.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 22.200 | 22.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 281.200 | 281.200 |

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 | 52754721 | VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO | | CL 70B 79-15 | 3187056890 | VICTORIAGONCA@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 | |
| 2021-07 | 2021-07 | I | 12/08/2021 | 52626471 | $281.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colilla | Sueldo | Extranjero | Cotiza Exterior | Suspensión | ING | RET | TDE | TAE | TDP | LMA | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | INL | CORRECCION | 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 |
| 1 | CC | 52754721 | GONZALEZ CAMERO VICTORIA ANGELICA | 59 | 0 | | | 72 | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 908.526 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPSC34 | 908.526 | 113.600 | 14-11 | 908.526 | 3 | 72.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO

C.C 52.754.721 DE BOGOTA

La suma de un millón setecientos noventa y cinco mil ochenta y seis pesos **m/cte. ($1.795.086),** por concepto de: prestación de servicios como técnico en servicios farmacéuticos en la unidad de pablo VI durante el periodo de 01 al 31 de agosto de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6038-2021

Victoria Gonzalez

C.C 52.754.721 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550488421220804