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:	INGRID KATHERINE ARCINIEGAS BLANCO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.056.908.134							
CORREO ELECTRONICO:	Ingrikata87@hotmail.com				CELULAR:	3202632261							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						**USS BOSA**							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	BOSA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	B035M05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	083-351239								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**2451-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**8DE11**			
NÚMERO DE CDP	1307	FECHA	24/08/2021	**NÚMERO DE CRP**	**47357**	**FECHA**	**31/08/2021**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO COMO AUXILIAR DE FARMACIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE LA INSTITUCION.**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2021		30	9	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.795.086									
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%								
OBSERVACIONES: (SE REALIZARON UN TOTAL DE 186 HORAS POR EL VALOR DE $9.651 PARA UN TOTAL DE $1.795.086										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$19.745.946
VALOR EJECUTADO	$14.360.688
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.795.086
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.385.258
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73%

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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1039790347	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de SEPTIEMBRE del año DOS MIL VEINTI Y UNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Yesenia Suarez G
YESENIA SUAREZ GALINDO C.F

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ingrid Katherine Arciniegas Bl.
INGRID KATHERINE ARCINIEGAS BLANCO

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD BOSA									Sede: USS BOSA		
No. DE CONTRATO:	2451-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	9	2.021		30	9	2.021			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	INGRID KATHERINE ARCINIEGAS BLANCO		C. C.		1.056.908.134		DE	SUSACON				

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 X NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Prestar los servicios de auxiliar de farmacia de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Bosa	100%	Prestar los servicios de auxiliar de farmacia de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Bosa	Libro recpción y entraga de turno / Mes de SEPTIEMBRE
Realizar la recepción, revisión, descargue del inventario y dispensación de formulas médicas y demás pedidos realizados por los diferentes servicios de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Bosa.	100%	Realizar la recepción, revisión, descargue del inventario y dispensación de formulas médicas y demás pedidos realizados por los diferentes servicios de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Bosa.	Formulas médicas e insumos y registro en sistema / Mes de SEPTIEMBRE
Clasificar, ordenar, semaforizar y realizar conteos periodicos del inventario asignado bajo su supervisión y entregar informe mensual a la coordinación de Farmacia.	100%	Clasificar, ordenar, semaforizar y realizar conteos periodicos del inventario asignado bajo su supervisión y entregar informe mensual a la coordinación de Farmacia.	Entrega mensual de inventario /Mes de SEPTIEMBRE
Verificar semanalmente las existencias de medicamentos y/o dispositivos médicos e informar al jefe inmediato los faltantes.	100%	Verificar semanalmente las existencias de medicamentos y/o dispositivos médicos e informar al jefe inmediato los faltantes.	Formato de faltante y novedades farmacia / Mes de SEPTIEMBRE
Realizar la revisión diaria de la formulación del turno inmediatamente anterior y realizar el respectivo de los errores de dispensación y las formulas despachadas.	100%	Realizar la revisión diaria de la formulación del turno inmediatamente anterior y realizar el respectivo de los errores de dispensación y las formulas despachadas.	Formulas médicas contra registro y sistema /Mes de SEPTIEMBRE
Dispensar los medicamentos no incluidos en el pos posterior recepción del formato de solicitud de medicamentos no pos completamente diligenciado	100%	Dispensar los medicamentos no incluidos en el pos posterior recepción del formato de solicitud de medicamentos no pos completamente diligenciado	Formato institucional no pos /Mes de SEPTIEMBRE
Llevar control de Medicamentos sometidos a fiscalización especial tal como los M.C.E, los medicamentos de alto costo, los medicamentos dirigidos a una patología de interes en salud pública y demás que sean asignados.	100%	Llevar control de Medicamentos sometidos a fiscalización especial tal como los M.C.E, los medicamentos de alto costo, los medicamentos dirigidos a una patología de interes en salud pública y demás que sean asignados.	Formulas y libro / Mes de SEPTIEMBRE
Propender porque se cumplan las condiciones adecuadas para el almacenamiento del inventario tal como son: restringir el acceso de personal ajeno, diligenciar controles de temperatura y humedad, orden y limpieza de lugar de trabajo.	100%	Propender porque se cumplan las condiciones adecuadas para el almacenamiento del inventario tal como son: restringir el acceso de personal ajeno, diligenciar controles de temperatura y humedad, orden y limpieza de lugar de trabajo.	Formatos y aviso restringido / Mes de SEPTIEMBRE
Recibir y entregar turno 7 pm a 7 am, según programación del turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital.	100%	Recibir y entregar turno 7 pm a 7 am, según programación del turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital.	Soporte libro recibo y entrega de turno. / Mes de SEPTIEMBRE
Realizar paquetes quirurgicos tales como: cesarea, pomeroy, legrado, parto.	100%	Realizar paquetes quirurgicos tales como: cesarea, pomeroy, legrado, parto.	Formato y salida de sistema / Mes de SEPTIEMBRE
Control de antibioticos por servicios.	100%	Control de antibioticos por servicios.	Formato institucional / Mes de SEPTIEMBRE

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS $1.795086

Ingrid Katherine Arciniegas Blanco

INGRID KATHERINE ARCINIEGAS BLANCO CC 1056908134

CONTRATISTA:_____

Fecha : 30/09/2021 Firma de recibido supervisor: Yesenia Suárez G

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:

INGRID KATHERINE ARCINIEGAS BLANCO

C.C 1056908134 DE SUSACON

La suma de $1.795.086 por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE FARMACIA durante el periodo de 1 al 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2451-2021

Ingrid katherine Arciniegas blanco

Nombre de contratista

INGRID KATHERINEARCINIEGAS BLANCO

C.C.1056908134 DE SUSACON

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO

083-351239

Bogotá DC Septiembre de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO __X__ cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**.
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO __X__ cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCIC

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO __X__
5. SI _____ NO _____ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO __X__ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_____
8. Solicito SI _____ NO __X__ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Artículo 383 del ET SI _____ NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI_____ NO __X__

Atentamente

NOMBRE Ingrid Katherine Arciniegas FIRMA Ingrid
C.C 1036908184
UNIDAD Bosa

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-09-14, 04:40:19 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1039790347 **Referencia pago(PIN)** 8847647060

Periodo Cotización 202108 **Periodo Servicio** 202108

Cliente:

PAGADA 2021-09-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGRID KATHERINE ARCINIEGAS BLANCO				
Documento	CC 1056908134	**Dirección**	CL 72A SUR #78 D - 32		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3202632261		
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 1056908134		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					ARCINIEGAS BLANCO INGRID KATHERINE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tres. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Apo ICB
																0	30	30	30	0			$ 908.526	230301		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS044		12,5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 908.526	$ 22.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	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
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

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