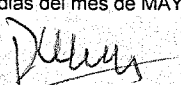
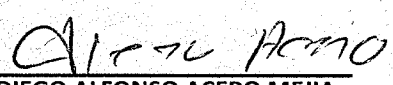
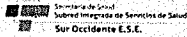
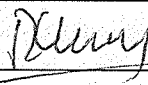
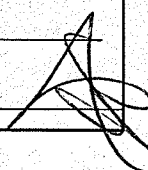


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				DIEGO ALFONSO ACERO MEJIA															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1016080738										
CORREO ELECTRONICO:				diego191944@outlook.com				CELULAR:		3005623868									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								Fontibon											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FARMACIA				SEDE:		CAMI II									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		FO03M05	100																
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:		Ahorros											
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24063153691				PENSIONADO		No									
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2624-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				4 DE 4							
NÚMERO DE CDP		627		FECHA		29/04/2021		NÚMERO DE CRP		28509		FECHA		30/04/2021					
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL CAMI II SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E O DONDE SE REQUIERA SUS SERVICIOS CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		5		2021				31		5		2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				1423800				VALOR HORA				\$9.651							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%				\$0											
OBSERVACIONES:				ABRIL Horas Realizadas 186 MAYO HORAS REALIZADAS 186															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO								VALORES											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$7.180.344											
VALOR EJECUTADO								\$7.180.344											
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 <u>mínimo</u> 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%		NIVEL ARL		APORTE ARL		TOTAL APORTES							
1037660615		\$908.526		\$113.566		\$145.364		3		\$22.132		\$281.062							
Dado en Bogotá a los () días del mes de MAYO del año Dos Mil Ventiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,																			
 RODOLFO DUARTE CELY NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 DIEGO ALFONSO ACERO MEJIA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA											

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2		
		Fecha de aprobación: 3/04/2017		Código: 04-02-FO-0003		
Ubicación del Servicio:		FARMACIA			Sede: CAMI DOS	
No. DE CONTRATO: 2624-2021		Periodo certificado desde el			Día: 1	Mes: 5
					Año: 2.021	a: 31
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DIEGO ALFONSO ACERO MEJIA			C. C. 1.016.080.738	DE BOGOTA
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐						
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS	
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la fórmula médica presentada por el usuario		100%	Apoyo la dispensación de medicamentos acorde con la fórmula médica presentada por el usuario		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue.		100%	Registro de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.		100%	Apoyo en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo		100%	Apoyo las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.		100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.		100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.		PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.		100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.		100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.		CUANDO SE REQUIERA	
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.		100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.		CUANDO SE REQUIERA	
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		CUANDO SE REQUIERA	
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.		100%	Conozco y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.		PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.		100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.		CUANDO SE REQUIERA	
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.		100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.		FORMATO INSTITUCIONAL	
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.		100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.		CUANDO SE REQUIERA	
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio.		100%	Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)	
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.		100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.		CUANDO SE REQUIERA	
OBSERVACIONES:						
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.795.086 (UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS M/C)						
CONTRATISTA: DIEGO ALFONSO ACERO MEJIA				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.						

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-05-07, 04:23:04 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2021
Empresa	DIEGO ALFONSO ACERO MEJIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1016080738
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8844985750 / 1037660615
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 281.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 145.400	\$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	\$ 113.600	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 22.200	\$ 0
SubTotales:				\$ 281.200	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de Información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

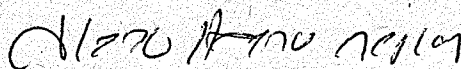
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIEGO ALFONSO ACERO MEJIA

C.C 1016080738 DE BOGOTA

La suma de \$1.795.086, por concepto de: Prestar servicios asistenciales como Auxiliar de Farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E USS FONTIBON, durante el periodo del 01 al 31 de MAYO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2624-2021



DIEGO ALFONSO ACERO MEJIA

C.C 1016080738 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NÚMERO 24063153691

