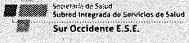


CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE
PAGO POR TESORERIA

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LUZ ANGELICA GARCIA LEON											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52849671						
CORREO ELECTRONICO:				angietun@hotmail.com				CELULAR:		3213649887					
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:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				457070047651						PENSIONADO		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2623-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 DE 3			
NÚMERO DE CDP		30		FECHA		8/01/2021		NÚMERO DE CRP		13018		FECHA		31/01/2021	
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIO DE TECNOLOGO REGENTE 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		DÍA	MES	AÑO	HASTA		DÍA	MES	AÑO		
						1	2	21			28	2	21		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				VALOR HORA				\$11.082							
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 0%				\$0			
OBSERVACIONES:				ENERO Horas Realizadas 186 FEBRERO HORAS REALIZADAS 186											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$6.183.756							
VALOR EJECUTADO								\$2.061.252							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$2.061.252							
VALOR A LIBERAR								\$0							
SALDO POR EJECUTAR								\$4.122.504							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								33%							
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									
9415840044	\$908.526,00	\$113.566	\$145.364	3	\$22.132	\$281.062									
Dado en Bogotá a los () días del mes de FEBRERO del año Dos Mil Ventiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 RODOLFO DUARTE CELY NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 LUZ ANGELICA GARCIA LEON 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:		2623-2021		Periodo certificado desde el		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>2.021</td> <td></td> <td>28</td> <td>2</td> <td>2.021</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	2	2.021		28	2	2.021
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año														
1	2	2.021		28	2	2.021														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LUZ ANGELICA GARCIA LEON			C. C.	52.849.671 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 formula médica presentada por el usuario		100%	Apoyo la dispensación de medicamentos acorde con la formula 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): \$2.061.252 (DOS MILLONES SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS)																				
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: <i>Luz Angelica Garcia Leon</i>				Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <i>[Firma]</i>																
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.																				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52849671		GARCIA LEON LUZ ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Trans 1, #70a-82	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7674268	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Valor
2021-01	2021-01	889037051	9415840044	✓	1	2021/02/16	2021/02/10	BANCO DAVIVIENDA	\$299,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)								
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$18,200	\$0	\$0	\$18,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
TOTAL				1	\$299,400	\$0	\$0	\$299,400

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ ANGELICA GARCIA LEON

C.C 52849671 DE BOGOTA

La suma de \$2.061.252, por concepto de Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Farmacia como REGENTE 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 28 de FEBRERO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2623-2021



LUZ ANGELICA GARCIA LEON

C.C 52849671 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 457070047651

