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:	ANGELICAMAYERLY ACOSTA BUSTOS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53,084,416							
CORREO ELECTRONICO:	angelicaabrf38@gmail.com				CELULAR:	3142622168							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS PATIO BONITO TINTAL												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACIA				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KT11M05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	04589054569								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2660-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1307	FECHA	24-08-21	NÚMERO DE CRP	47465	FECHA	31/08/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de farmacia, dentro de los diferentes procesos y porcedimientos 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	10	2021		31	10	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.133.420									
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:	$23.467.620
VALOR EJECUTADO	$19.200.780
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.133.420
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.266.840
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	82%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7810526329	$ 908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de octubre del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS
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:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - FARMACIA		Sede: USS Tintal						
No. DE CONTRATO:	2660-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	10	2.021		31	10	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS		C. C.	53.084.416			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 ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar el proceso de dispensacion y suministro de los medicamentos y dispositivos medicos en forma oportuna	SI	Se realiza apoyo diario durante el servicio	Formulas diarias a facturacion
2. Apoyar el proceso de recepcion tecnica de los medicamentos y dispositivos medicos que lleguen por parte de los proveedores y velar que estos cumplan con las condiciones tecnicas requeridas por la institucion.	SI	Se realiza acta de recepcion tecnica a cada una de los medicamentos ingresados a la farmacia por traslado y/o factura proveedor	Acta de recepcion tecnica mensual
3. Validar que las cantidades y descripciones de los pedidos llegados correspondas a las solicitadas	SI	Se realiza seguimiento al pedido solicitado vs cantidades despachadas del proveedor	Acta de recepcion tecnica mensual y reporte de pendiente por entregar de proveedor
4. Realizar seguimiento a los inventarios que sean ingresados a la farmacia a su cargo.	SI	Seguimiento y verificacion del kardex ciclicos e inventario valorizado	Informe de inventario
5. Realizar la verificacion de lo ordenado frente al dispensarlo y hacerlo los respectivos registros en el sistema de informacion.	SI	Revision de facturacion vs formula medica	Facturacion al dia y errores de facturacion al dia
6. Validar los informes de proximos vencimientos de medicamentos y dispositivos medicos y si estos no son reportados a tiempo, realizar la comunicación al coordinador del servicio farmaceutico para tramitar su respectivo descuento de nomina.	SI	Seguimiento y verificacion de medicamentos proximos a vencer	Entrega informe mensual proximos a vencer
7. Realizar auditoria a los movimientos de control especial y estructurar los informes de movimientos, garantizando que los datos registrados sean confiables y veridicos y remitirlos al coordinador del servicion farmaceutico.	SI	Se realiza descague diario de formulas de medicamentos de control especial, se verifica saldos en fisico, sistema y libro.	Entrega de informe de medicamentos de control especial mensual.
8. Apoyar y monitorizar el proceso de solicitud de reposicion de medicamentos y dispositivos medicos realizando un adecuado proceso de planeacion de los pedidos según tiempos de reposicion establecidos.	SI	Se realiza kardex detallado (maximos y minimos) para hacer la solicitud correspondiente al servicio	Pedido Mensual
9. Promover el manejo adecuado de los inventarios de cada una de las farmacias, para lo cual debe presentar al personal asistencial los informes de baja rotacion de inventarios y proximo vencimiento de medicamentos y dispositivos medicos y/o gestionar con otras farmacias su rotacion para evitar que estos se venzan.	SI	Realizar seguimiento y verifircacion de las actividades entregadas por cada uno de los auxiliares de farmacia	Entrega de formato de control fechas de vencimiento y baja rotacion 08-04-FO-0051 mensulmente
10. Realizar seguimiento a los inventarios aleatorios y arqueos planteados por los auxiliares de la farmacia.	SI	Realizar Verificacion de los conteos entregados por auxiliares de farmacia	Entrega semanalmente alatorios en el formato 08-04-FO-0126, 09-00-FO-0012 Programación auditoria mensual kit para la toma de muestras cadena de custodia.
11. Apoyar al quimico farmaceutico y/o coordinador del servicio farmaceutico en la gestion y presentacion de informes a las diferentes entidades de control.	SI	Se realizan actividades asignadas por el Quimico Farmaceutico	Entrega de informe mesual Anexo 13
12. Realizar la estructuracion y entrega de los informes de gestion que sean requeridos por el Quimico Farmaceutico y/o cordinador del servicio Famaceutico.	SI	Seguimiento y diligenciamiento de cada uno de los formato establecidos para la entrega de informes mensuales.	Entrega de matriz de riesgo, y reporte de movimientos por sistema Dinamica Gerencial mensul
13. Realizar la verificacion y velar por el cumplimiento del diligenciamiento los registros de los datos en los formatos establecidos por el servicio farmaceutico para soportar su gestion.	SI	Realizar seguimiento y verifircacion de las actividades entregadas por cada uno de los auxiliares de farmacia	Entrega diaria de doble chequeo, verificar facturacion contra formula , informar sobre desabastecimiento de medicamentos y dispositivos medicos, se diligencia formatos 08-04-FO-0059, 08-04-FO-0059, 08-04-FO-146
14. Llevar a cabo los controles para asegurar el uso racional de los medicamentos y dispositivos medicos.	SI	Realizar verificacion de controles de temperatura y humedad formato 08-04-FO-0038 que se relicen en las horas establecidas, verificar que se entregue medicamentos durante el tiempo de tratamiento, realizar control de dosis y verificar reportes generados para evitar duplicidad en entrega	Entrega de facturas y verificacion de digitacion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.133.420 DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

Angelica Acosta

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 53084416

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 05-11-21

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53084416
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 8A NO. 92-72 CASA 198
TELÉFONO:	7121131
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7810526329
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2021
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2021
DÍAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/10/11
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1160754290

TOTAL APORTES A PENSION

ADMINISTRADORA				APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										$ 145.400	$ 0	$ 145.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 22.200	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200
SUBTOTALES:									$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 53084416	ACOSTA BUSTOS ANGELICA MAYERLY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 908.526				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN / SALUD

PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600

ARP / PARAFISCALES

ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 908.526	53084416	$ 22.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 281.200

Planilla Pagada

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS

C.C 53.084.416 DE BOGOTA

La suma de $ 2.133.420, por concepto de: pago de honorarios durante el periodo de 01 al 31 de octubre de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2660-2021

Angelica Mayerly Acosta Bustos

C.C 53.084.416 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 04589054569