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:			LUIS ALEJANDRO MORALES SARMIENTO										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		80742256				
CORREO ELECTRONICO:			patico82_82@hotmail.com				CELULAR:		3143680004				
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			57047507020130								PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			2625-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 DE 3	
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP		13020	FECHA		31/01/2021			
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	2	2021			28	2	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					VALOR HORA			$9.325				
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:	$5.203.350
VALOR EJECUTADO	$1.734.450
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.734.450**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.468.900
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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
9415663752	$908.526,00	$113.566	$145.364	3	$22.132	**$281.062**

Dado en Bogotá a los ( ) dias del mes de FEBRERO del año Dos Mil Veintiuno(2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luis Alejandro Morales S.
LUIS ALEJANDRO MORALES SARMIENTO
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:	**FARMACIA**									**Sede: CAMI DOS**		
No. DE CONTRATO:	**2625-2021**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**			
			1	2	2.021		28	2	2.021			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**LUIS ALEJANDRO MORALES SARMIENTO**		**C. C.**		80.742.256		**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 SERVCIOS 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
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	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): 1.734.450 (UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS)

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Luis Alejandro Morales S

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.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80742256		MORALES SARMIENTO LUIS ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 89 C 3A-33 Este Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7680317	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	15663752	9415663752	I	2021/02/11	2021/02/05	BANCO AV VILLAS	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC	80742256	MORALES LUIS	230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0

2021/02/05 03:35 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80742256		MORALES SARMIENTO LUIS ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 89 C 3A-33 Este Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7680317	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	15663752	9415663752	I	2021/02/11	2021/02/05	BANCO AV VILLAS	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200

2021/02/05 03:35 PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUIS ALEJANDRO MORALES SARMIENTO

C.C 80.742.256 DE BOGOTA

La suma de $1.734.450, 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 28 de FEBRERO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2625-2021

Luis Alejandro Morales S

LUIS ALEJANDRO MORALES SARMIENTO

C.C 80.742.256 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 57047507020130