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:	PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.907.320							
CORREO ELECTRONICO:	paolaar26@gmail.com				CELULAR:	3133971177							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUR												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIOS FARMACEUTICOS				SEDE:	CAPS PATIO BONITO							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55M5	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590389180								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2662-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1307	FECHA	24/08/2021	NÚMERO DE CRP		47467	FECHA	31/08/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicio de apoyo a la gestion administrativa o asistencial en el area de farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requirimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2021		30	9	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$9.651									
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:	$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 $2.271315, 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
52805609	$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 ventiuno 2021. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS
TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA CC. 52.907.320
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
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS – FARMACIA			**Sede: USS PATIO BONITO**						
No. DE CONTRATO:	2662-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.021		30	9	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS		**C. C.**	52.907.320.			**DE**	BOGOTA	

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 ___ NO ___ Servicios: SI x

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	SI PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1)Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el suario	SI PROGRAMADO	Se recibe la formula se verifica en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) se factura se alista y se dispensa el medicamento al usuario	se dispensaron 653 formulas correspondientes a las eps-s cotratadas por la subred
2)Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descarge	SI PROGRAMADO	se realiza los ingresos de los medicamentos ambulatorios e insumos de urgencias al sistema dinamica	se hizo el descargue de 2030 medicamentos e insumos
3)Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido	SI PROGRAMADO	Semaforizar oportunamente los medicamentos con base en la recepcion tecnica realizada mensualmente.	se entrega aleatorio semanal en el formato 08-04-FO-126 medicamnetos con el stiker naranja,azul o rojo según corresponda
4)Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	SI PROGRAMADO	Se realiza limpieza y desinfeccion el dia sabado de estanterias y se efectua buen almacenamiento de los medicamentos	Se diligencia formato 0900FO0012 una vez se realizada la limpieza y desinfeccion
5)Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI PROGRAMADO	Se registro los pendientes generados en el mes, se hace la toma de temperatura, se realiza semanalmente los aleatorios de los estantes asignados y se registra diariamente las formulas entregadas en el mes	Se registran las actividades realizadas en los formatos 08-08-FO 0059,08-04-FO-0038,08-04-FO-0126 y el 08-04-FO-0058
6) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	SI PROGRAMADO	Se realiza la entrega oportuna de los informes solicitados que intervienen en el proceso de calidad	Se entrega los informes del mes de Septiembre de indicadores 08-04-FO-0058 , toma de temperatura08-04-FO-0038
7)Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SI PROGRAMADO	Se registra el numero de formulas entregadas , medicamentos entregados y/o pendientes, se realizan aleatorios semanales	En el mes de Septiembre se registraron 653 formulas, medicamentos 2030 entregados y 51 medicamentos pendientes en los formatos 08-04-FO0058,08-04-FO-0059 y aleatorios formato 08-04-FO-0126
8)Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	SI PROGRAMADO	Se vela por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo	Se entregan diariamente elementos en buen estado
9)Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	si PROGRAMADO	Se participa en asegurate del mes de Septiembre	Aprendi sobre la ruta maternal perinatal
10)Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	si PROGRAMADO	No se encotraron fallas de calidad	No se generaron productos
11)Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	SI PROGRAMADO	Se hace seguimiento oportuno de los procedos y procedimientos establecidos por la subred	Se realiza dispensacion, recepcion, almacenamiento de los medicamentos e insumos medicoqurirguicos , se realiza registro a medicamentos pendientes formato 08-04-FO-0059
12)Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
13)Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	SI PROGRAMADO	Se realiza oportunamente las actividades programadas mensualmente por el supervisor	Se entrega oportunamente el informe con las respectivas actividades realizadas formato 04-0--FO-003 para ser certificadas por el supervisor
14)Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	SI PROGRAMADO	Velar por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo	No se ha generado terminacion del contrato
15)Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	SI PROGRAMADO	Se registra el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes, formulas mal diligenciadas en exel, y en el sistema dinamica	En el mes de Septiembre se registraron 653 formulas en el sistema dinamica 51 medicamentos pendientes en exel el formato 08-04-FO0059 y a la fecha hay 2 formula con error de prescripcion formato 08-04-FO-013
16)Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI PROGRAMADO	Se descarga y paga planilla de simple para el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales	Se entrega oportumantente impresa la planilla pagada y las certificaciones de salud, pensiones y riesgos profesionales junto con el informe de actividades para la certificacion
17)Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
Observaciones:			

TOTAL A PAGAR UN MILLON SETECIENTOS NOVENTAYCINCO MIL OCHENTA Y SEIS ($1.795,086) PESOS M/CTE

51.009.320 Bta

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52907320	PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS		Calle29a#2-48 sur	3645742	Paolaar26@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08	I	08/09/2021	52805609	$299.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	18.200	0	0	18.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52907320	PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS		Calle29a#2-48 sur	3645742	Paolaar26@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08	I	08/09/2021	52805609	$299.400	

LLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
52907320	RIAÑO CONTRERAS PAOLA ANDREA	59	0			N																	230201	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS017	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200	CCF21	908.526	18.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información