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:	**ESTEFANY ACUÑA ACUÑA**											
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	X	C.E		NO.	**1.010.168.678**						
CORREO ELECTRONICO:	estefanyacuna86@gmail.com				CELULAR:	**3193345813**						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**SUR**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	**SERVICIO FARMACEUTICO**				SEDE:	**PAPS PATIOS**						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	M05	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	**DAVIVIENDA**				TIPO DE CUENTA:	**AHORROS**						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**457800029441**								PENSIONADO	**NO**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENC	**1973- 2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**7 DE 7**				
NÚMERO DE CDP	**1250**	FECHA	**27/07/2018**	**NÚMERO DE CRP**		**33635**	**FECHA**	**31/07/2018**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión 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.**										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	**8**	**2018**		**31**	**8**	**2018**			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	**$1.576.350**										
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:	**$11.034.450**
VALOR EJECUTADO	**$11.034.450**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.576.350**
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 **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953.105,** 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7796670354	**$1.233.600**	**$154.200**	**$197.400**	**3**	**$30.100**	**$381.700**

Dado en Bogotá a los (31) dias del mes de Agosto del año Dos Mil Diecioho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ESTEFANY ACUÑA ACUÑA
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS – FARMACIA				**Sede: PAPS PATIOS**					
No. DE CONTRATO:	1973- 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.018		31	8	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ESTEFANY ACUÑA ACUÑA		**C. C.**	1,010,168,678			**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: S X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el suario	SI PROGRAMADO	Recibe la formula verificar en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) facturar y entregar el medicamento al usuario	se dispensaron 1309 formulas correspondientes a las eps-s cotratadas por la subred
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descarge	SI PROGRAMADO	Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema hosvital	se hizo el descargue de 2950 medicamentos
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido	SI PROGRAMADO	semaforizar oprotunamente los medicamentoscon base en la recepcion tecnica realizada mensualmente.	Se realiza el almacenamiento adecuado, la semaforizacion(color rojo inferior a seis meses), se reguistra los datos de la recepcion tecnica en medio magnetico
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	SI PROGRAMADO	programar mensualmente la limpieza de estanterias y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos	se realiza limpieza de estanteria cada 8 dias y se almacenan los medicamentos de tal manera que los primeros en vencer sean los que primeros en entregar
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI PROGRAMADO	Realizar la entrega oportuna de los eventos, facturas de FFDS y hojas de ruta al area de facturacion	Se entrega la facturacion emitida al ffds y las eps-s en modalidad evento con sus respecitos soportes, junto a hoja de ruta
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	SI PROGRAMADO	Realizar la entrega oportuna de los informes solicitados que intervienen en el proceso de calidad	Se entrega los informes del mes de indicadores, recepcion tecnica,toma de temperatura
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	Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes	En el mes se registraron 1309 formulas, 2950 medicamentos entregados y 0 medicamentos pendientes
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	SI PROGRAMADO	Velar por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo	Soy cuidadosa con el equipo de computo y escaner, al terminar las funciones diarias se deja cerrado con llave
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	SI PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	SI PROGRAMADO	Hacer seguimiento oportuno de los procedos y procedimientos establecidos por la subred	Se realiza dispensacion, recepcion, almacenamiento y seguimento a medicamentos pendientes
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
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	Realizar oportunamente las actividades programadas mensualmente por el supervisor	Se entrega oportunamente el informe con las respectivas actividades realizadas para ser certificadas por el supervisor
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	SI PROGRAMADO	Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes, formulas mal diligenciadas	En el mes se registraron 1309 formulas, 2950 medicamentos entregados, 0 medicamentos pendientes y a la fecha no hay formulas mal diligenciadas
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI PROGRAMADO	Descargar planilla de simple para el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales	Se entrega oportumantente impresa la planilla de salud, pensiones y riesgos profesionales junto con el informe de actividades para la certificacion
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI PROGRAMADO	Entregar oportunamente la glosa solicitada durante el periodo	Se entrega soportes de la glosa de fondo financiero de vigencia 2016, al área de facturación
Observaciones:			

TOTAL A PAGAR (Número y letras):1,576,350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/C

Estefany Acuña Acuña 1010168678

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 31-08-2018

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 PARA EL COTIZANTE CC 1010168678

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	ESTEFANY ACUNA ACUNA ACUÑA		
Tipo Identificación	CEDULA DE CIUDADANIA	Número de Identificación	1010168678
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	CRA 15 ESTE #44A -31 SUR	Teléfono	3132116761
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Otras actividades de atención de la
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7796670354**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	agosto / 2018	Periodo Cotización Salud	agosto / 2018
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2018/08/13
Número Autorización	359981483		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	ESTEFANY	Apellidos	ACUA ACUA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1010168678
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 1.233.600	Salario Integral	NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN

Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.233.600
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 197.400
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
		Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 197.400**

SALUD

Dias	30	Administradora	EPS023-CRUZ BLANCA S.A.
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.233.600
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 154.200
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 154.200**

RIESGOS PROFESIONALES

Dias	30	Administradora	14-28-SURATEP-AGRICOLA
Clase de Riesgo	III	IBC	$ 1.233.600
Centro de Trabajo	101016867	Tarifa	2,436 %
		Total Aporte	**$ 30.100**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF24-COMPENSAR	30	2,000 %	$ 1.233.600	$ 24.700

TOTAL PAGADO:	**$ 406.400**