| 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. | 52907320 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | paolaar26@gmail.com | | | | CELULAR: | 3133971177 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | Sur | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SERVICIO FARMACEUTICO | | | | SEDE: | CAPS TRINIDAD GALAN | | | | | | | |
| 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 | 7590389180 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1985-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 2 DE 3 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 33 | FECHA | 12/01/2018 | NÚMERO DE CRP | 10177 | FECHA | 31/01/2018 | | | |
| 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.** | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 3 | 2018 | | 31 | 3 | 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: | $4.729.050 |
| VALOR EJECUTADO | $3.152.700 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.576.350 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.576.350 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 67% |

**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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25740750 | $781.242 | $97.655 | $124.999 | 3 | $19.031 | **$241.685** |

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

**RODRIGO GONZALEZ FONSECA**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**PAOLA ANDREA RIAÑO**
**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 | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0003 | |

| **Ubicación del Servicio:** | UNIDAD DEL SUR FARMACIA | | **Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 1985-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 3 | 2.018 | | 31 | 3 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | PAOLA ANDREA RIAÑO CONTRERAS | | **C. C.** | 52.907.320 | | | **DE** | BOGOTÁ | |

**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 __X__ NO ____ Servicios: SI ___**

| OBLIGACIONES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario | **PROGRAMADO** | Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes. | Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio 450 formulas, dispensadas y 250 urgencias formulas: |
| Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue | **PROGRAMADO** | Se realiza facturación | facturación de medicamentos. |
| Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según en el procedimiento establecido | **PROGRAMADO** | se apoya la gestión y conservación de los medicamentos | se realiza proceso de recepción y adecuado almacenamiento.- |
| Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo | **PROGRAMADO** | se realiza aseo del area de trabajo | cuadro de limpieza semanal |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de Legibilidad oportunidad e integridad | **PROGRAMADO** | se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente. | formato de temperatura y humedad, control y limpieza de estantes. |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la subred | **PROGRAMADO** | se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de Calidad. | Mediante el cumplimiento de las normas |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimento | **PROGRAMADO** | se realiza informe de actividades y certificación | informe cuenta de cobro y certificación. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas | **PROGRAMADO** | Se responde por elementos de la farmacia | se deja todo en orden al terminar el turno. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Participar en las jornadas de capitación inducción mesas de acreditación reuniones y eventos a los cuales convocados | **PROGRAMADO** | se asiste a capacitaciones. | acta de asistencia |
| 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 actividaes 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 | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interistitucionales y extra institucionales | **PROGRAMADO** | se apoya a la Subred por medio de actividades. | actas de asistencia. |
| desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento de | **PROGRAMADO** | se entregan actividades al supervisor del contrato. | informe de actividades. |
| Responder por los elementos entregarlos para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | **PROGRAMADO** | Se responde por elementos de la farmacia | Elementos existentes en farmacia. |
| Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio para consolidar la producción mensual del servicio | **PROGRAMADO** | Se registran las actividades diarias en formatos establecidos. | Se registran los indicadores, controles de temperatura y humedad y limpieza del area. |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente | **PROGRAMADO** | Se entrega constancia de afiliación al pago de Seguridad Social. | Certificado de pago. |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | **PROGRAMADO** | Se realizan actividades según contrato. | Informe de actividades e informes mensuales. |
| Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y tecnica) y desarrollar las obligaciones que se generen. | **PROGRAMADO** | Se garantiza la calidad de los servicios. | cero quejas por parte de pacientes. |
| Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato | **PROGRAMADO** | Se cumple las leyes y toda normatividad. | cumplimiento por parte del area, revisiones periodicas. |
| Conocer y aplicar las políticas institucionales. | **PROGRAMADO** | Se aplican politicas institucionales mediantre revisiones periodicas. | Auditorias de concurrencia. |
| Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el | **PROGRAMADO** | Se alista glosa del Fondo Financiero del periodo Agosto a Octubre 2017 | Se envían soportes de glosa de FFDS. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o | **PROGRAMADO** | Se obra con lealtad en el desarrollo del presente contrato. | Actividades desarrolladas en el contrato. |
| Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos | **PROGRAMADO** | Pago de seguridad Social. | planilla de pagado. |
| Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. | **PROGRAMADO** | Se cumplen als guias y manuales. | Auditorias mensuales. |
| Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de | **PROGRAMADO** | Se responde por recursos y elementos de la farmacia. | Elementos en buen estado. |
| Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y | **PROGRAMADO** | Se realizan inducciones presenciales y virtuales. | Pantallazos de inducciones. |
| Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio juridico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred | **PROGRAMADO** | Se proteje la imagen de la Subred | No se realizan comentarios mal intencionados y se procura el bienestar institucional en el area de Farmacia. |
| En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio juridico enmendado, respondiendo fiscal, | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta | **NO PROGRAMADO** | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos | **PROGRAMADO** | Se aplican las normas de gestión anmbiental. | Manejo Integral de residuos. |
| Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su | **PROGRAMADO** | Se cumplen los planes de emergencia. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos |
| Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. . | PROGRAMADO | Se realizan actividades según contrato. | Se verifica en informes de actividades. |
| | | | |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.576.350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS.**

Paola Riaño Contreras
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL
CONTRATISTA: 52907320

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido 31/03/2018
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 | 5674836 | 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 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO COTIZACIÓN | | | | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | TOTAL A PAGAR |
| SALUD | | DIFERENTE A SALUD | | | | | |
| MES | AÑO | MES | AÑO | | | | |
| 3 | 2018 | 3 | 2018 | I | 02/03/2018 | 25740750 | $257.500 |

## 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 | 97.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 97.700 | 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 | 125.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 125.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-28 | ARP Sura | 800256161-9 | 19.100 | | | | 19.100 | 0 | 0 | 19.100 | | | 191 | 19.100 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF21 | Cafam | 860013570-3 | 15.700 | 0 | 0 | 15.700 | 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 | 97.700 | 97.700 |
| Pensión | 1 | 125.000 | 125.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 19.100 | 19.100 |
| CCF | 1 | 15.700 | 15.700 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 257.500 | 257.500 |

PAGADA 25740750

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