**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

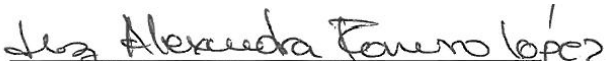
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

LUZ ALEXANDRA ROMERO LOPEZ

C.C 35411563 DE ZIPAQUIRA

La suma de UN MILLÓN SETESIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CERO OCHENTA Y SEIS PESOS M/TCE ($1,795,086), por concepto de: Prestación de servicios como AUXILIAR DE FARMACIA en el área de Farmacia de la unidad de Kennedy dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E durante el periodo de 01 al 31 de Enero 2022, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2463-2021



**LUZ ALEXANDRA ROMERO LOPEZ**

**C.C 35411563 DE ZIPAQUIRA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA**

**NUMERO 025-11495-0**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** LUZ ALEXANDRA ROMERO LOPEZ
**No. Identificación:** CC35411563
**Dirección:** KRA 70 # 7 B - 20 APTO 201
**Telefono:** 3044817932
**Correo:** linas1951@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8355748222

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | LUZ ALEXANDRA ROMERO LOPEZ | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC35411563 | **Periodo de Cotización Salud** | diciembre de 2021 |
| **Número de planilla** | 8355748222 | **Periodo de Cotización Pensión** | diciembre de 2021 |
| **Fecha pago** | 2022-01-11 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 6241782 | **Total Pagado** | 281200 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 22200 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 145400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 113600 | 1 |

8355748222

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 35411563
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ ALEXANDRA ROMERO LOPEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 908526 | 908526 | 908526 | 0 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 22200 | 0 |

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

| 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 | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | luz alexandra romero lopez | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 35411563 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | isaias632@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3044817932 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FARMACIA- URGENCIAS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | KE10M05U | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 25114950 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2463 | | | VIGENCIA | 2021 | | |
| NÚMERO DE CDP | 224 | FECHA | 2022-01-17 14:24:37.000 | NÚMERO DE CRP | 7068 | FECHA | 2022-01-17 16:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE FARMACIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2022-01-01 | | 2022-01-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,795,086 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | |

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: | $21,541,032 |
| VALOR EJECUTADO | $21,541,032 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,795,086 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8355748222 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

| LUZ ALEXANDRA ROMERO LOPEZ | Cc: 35411563 | Contrato: 5261-2022 |
|---|---|---|
| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
| 1) Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario. | Verificar que la formula medica cumpla con los cinco correctos de dispensación | Archivo de fórmulas despachadas y entregadas a los pacientes del servicio de urgencias |
| 2) Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue. | Registrar los medicamentos entregados al paciente sean descargados del inventario en el aplicativo de Dinámica | Formulas cobradas en el aplicativo dinámica con su número de cobro |
| 3) Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido | Apoyar al proceso del servicio farmacéutico en la organización y almacenamiento de los medicamentos | Los medicamentos y medico quirúrgicos del inventario de la unidad de Kennedy deservicio de urgencias organizados, almacenados y velar por su conservación |
| 4) Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo. | Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo. | Los medicamentos, insumos y estantes deben estar en optimas codiciones de aseo y almacenamiento |
| 5) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de elegibilidad, oportunidad e integralidad. | Realizar oportunamente la Recepción técnica de los medicamentos e insumos, formato de medicamentos | Formato de Acta de Recepcion Tecnica 08-04-FO-0057 |
| 6) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | Mensualmente se debe entregar el formato de actividades a la jefe para su revisión | informe de actividades por orden de prestacion de servicios 04-02-FO-0003 |
| 7) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Capacitaciones y reuniones programadas, formato 02-01-FO-0001 |

| | | |
|---|---|---|
| 8) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Se Notifican las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Informar a la Regente, a la Qf, las fallas que se encuentren en el desarrollo de mis actividades y buscar soluciones |
| 9) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Realizar oportunamente los formatos establecidos enla institucion para el desempeño de mis actividades | Formato control fechas de vencimiento 08-04-FO-0054, Reporte conteo ciclico de medicamentos y dispositivos 08-04-FO-0126, Formato registro de limpieza y desinfeccion 02-02-FO-0012 |
| 10) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, cuando se me solicite |
| 11) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Dar buen uso a los equipos y elementos a mi cargo para el desempeño de mis actividades | Buen estado del equipo de computo, escritorio, silla y demas elementos asignados para el buen desarrollo de mis actividades |
| 12) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | Formato control fechas de vencimiento 08-04-FO-0054, Reporte conteo ciclico de medicamentos y dispositivos 08-04-FO-0126, Formato registro de limpieza y desinfeccion 02-02-FO-0012 |
| 13) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Mensualmente anexar a la cuenta de cobror la constancia de pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales |
| 14) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.. | Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizar todas las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato. |
| | | |