

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO								
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.		52952627			
CORREO ELECTRONICO:			amparoluz40@hotmail.com			CELULAR:		3214270721			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						CAPS ZONA FRANCA FO08					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA FO08)			SEDE:		Fontibon			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		A40	100								
ENTIDAD FINANCIERA:			BBVA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			74121666					P	No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			1416-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7		
NÚMERO DE CDP		1250	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP		33158	FECHA	31/07/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:											
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:						\$11.034.550					
VALOR EJECUTADO						\$11.034.550					
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 <u>mínimo</u> 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					
1014157136	\$781.242	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800					
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Agosto del año Dos Mil Diesciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
 LILIANA CASTIBLANCO MOSOS NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA					

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 03/04/2017
Código: 04-02-FQ-0003



Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA				Sede: FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	1416 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2.018		31	8	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO				C. C.	52.952.627	DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE FARMACIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la fórmula médica presentada por el usuario	SI	Se realiza la dispensación a diario de las fórmulas de los pacientes que se acercan al servicio	Dispensación de fórmulas médicas diariamente
Registrar oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue.	SI	Se realiza la verificación en el sistema de datos	Cargue de fórmulas diariamente
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido	SI	Se realiza almacenamiento según indicaciones del medicamento	Almacenamiento de medicamentos
Apoyar las condiciones de aseo adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	SI	Se realiza la limpieza de estanterías y cajones de almacenamiento de los medicamentos	Cronograma de limpieza
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	Se utilizan en el servicio para el control de inventario y recepción técnica	Recepción técnica
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimiento de la sub red	SI	Se apoya en la prestación del servicio	Se aplica los procesos y procedimientos
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SI	Se elabora oportunamente	Certificación de cumplimiento
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	SI	Se cuida del inventario en insumos para desempeñar las labores asignadas	Custodia de inventario
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	Se asiste oportunamente a reuniones programadas	Planilla de asistencia
Notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	Se informa oportunamente las fallas presentadas durante la prestación del servicio.	Se reportan durante el servicio
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la sub red, además de apoyar la implementación de los mismos	SI	Dentro de los servicios se implementan los procedimientos	Procesos y procedimientos establecidos por la red
Apoyar a la sub red a las actividades que demanden según requerimientos inter institucionales y extra institucionales	SI	Se realiza el apoyo a la institución según requerimientos	Se realiza las actividades
Entregar las constancias de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	Se entrega oportunamente	Planilla de pago Salud y Pension
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato	SI	Se realizan actividades de acuerdo al cargo	Se realiza las actividades

OBSERVACIONES:

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

<p>Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido</p> <p>supervisor: _____</p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Luz Amparo Gonzalez 52952627</p>	<p>_____</p>
---	--------------

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-08-16, 08:13:27 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: agosto de 2018

Período Servicio: agosto de 2018

Número Planilla: 1014157136

Referencia pago (PIN): 8870458470

PAGADO 14/08/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO
Documento	CC52952627
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	GONZALEZ GARATEJO LUZ AMPARO
Total Afiliados	1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Datos del Afiliado		Novedades										Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales				Total
			Apellidos y Nombres	Tipo Colaborador	Sueldo Cotizable	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	
CC 52952627			LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO	59	00																				\$ 246.500

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 781.242	IBC Salud	\$ 781.242	IBC Riesgos	\$ 781.242	IBC Cajas	\$ 781.242	Aportes Pensión	\$ 125.000	Aportes Salud	\$ 97.700	Aportes Riesgos	\$ 19.100	Aportes Cajas	\$ 4.700	Aportes Sena	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades, Licencias, Pagos a Favor EPS	\$ 0	Incapacidades ANP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 246.500	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 1.300	TOTAL FINAL	\$ 247.800
-------------	------------	-----------	------------	-------------	------------	-----------	------------	-----------------	------------	---------------	-----------	-----------------	-----------	---------------	----------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	---	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	----------	-------------	------------

Página 1 de 1

Líneas de Servicio FonosIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.