Secretaría Distrital 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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	%	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		8					
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	41199	FECHA	30/09/2018				
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	10	2018		31	10	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:	$14.187.150
VALOR EJECUTADO	$14.187.150
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1014998014	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Amparo Gonzalez
LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO
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:	CAPS ZONA FRANCA					Sede: FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	1416 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	10	2.018		31	10	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATIST	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 difrerentes 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 X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensacion de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario	SI	Se realiza la dispensacion a diario de las formulas de los pacientes que se acercan al servicio	Dispensacion de formulas medicas diariamente
Registrar oportuna y adecuada en el sistema de informacion la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue.	SI	Se realiza la verificacion en el sistema de datos	Cargue de formulas diariamente
Apoyar en la gestion y conservacion 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 estanterias 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 legibilildad, oportunidad e integralidad.	SI	Se utilizan en el servicio para el control de inventario y recepcion tecnica	Recepcion tecnica
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimiento de la sub red	SI	Se apoya en la prestacion 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	Certificacion de cumplimiento
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	SI	Se cuida del inventario en insumos para desempeñar la labores asignadas	Custodia de inventario
Participar en las jornadas de capacitacion, induccion,mesas de acreditacion , 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 prestacion del servicio.	Se reportan durante el servicio
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la sub red, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	SI	Dentro de los servicios se implementan los procedimientos	Procesos y procedimientos establecidos por la red
Apoyar a la sud red a las actividades que demanden según requerimientos inter institucionales y extra institucionales	SI	Se realiza el apoyo a la institucion según requerimientos	Se realiza las actividades
Entregar las constancias de afiliacion 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 demas 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**

Luz Amparo Gonzalez

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 52952627

supervisor: _____ Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido

VoBo 16 Oct 20

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-10-13, 11:57:05 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1014998014 **Referencia pago(PIN)** 8870458470

Periodo Cotización 201809 **Periodo Servicio** 201809

Cliente:

PAGADA 2018-10-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO				
Documento	CC 52952627	**Dirección**	CLL 54F SUR # 93C - 45		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	504		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52952627		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					GONZALEZ GARATEJO LUZ AMPARO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 781.242	230301		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS023		12.5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-7	3	2.436 %	$ 781.242	$ 19.100	CCF21	0.6 %	$ 781.242	$ 4.700	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	CRUZ BLANCA EPS	SEGUROS BOLIVAR	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 246.500

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!