

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	%	Centro de costo	%
		A40	100										
ENTIDAD FINANCIERA:		BBVA				TIPO DE CUENTA:			Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		74121666							PENSIONADO		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		1731	FECHA		29/10/2018	NÚMERO DE CRP		44551	FECHA		31/10/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	11	2018			30	11	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:								\$15.763.500					
VALOR EJECUTADO								\$15.763.500					
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							
1016033930	\$781.242	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800							
Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Noviembre del año Dos Mil Diesciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
LILIANA CASTIBLANCO MOSOS						LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO							
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA							

Versión

2

Fecha de aprobación

03/04/2017

Código:

04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

FORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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	11	2.018		30	11	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 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 X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGR MADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación 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 legibilidad, 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 sub 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 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 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

<p><i>LUZ Amparo Gonzalez</i></p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL</p> <p>CONTRATISTA: <u>52 952 627</u></p>	<p>Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Supervisor: <i>[Firma]</i></p> <p><i>19 Nov 2018</i></p>
--	--

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 2018-11-19 07:36:31 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1016033930 Referencia pago(PIN) 8870458470

Periodo Cotización 201810 Periodo Servicio 201810

Cliente:

PAGADA 2018-11-07 EN HORARIO EXTENDIDO

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	N		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00	Exonerado	N		GONZALEZ GARATEJO LUZ AMPARO	11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

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

Novedades										Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales															
S. Integral										S. Integral				S. Integral				S. Integral				S. Integral				S. Integral															
ONE	REI	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	AB	VAC	AVP	VCT	RRP	DHA AFP	DHA EPS	DHA AFP	DHA AFP	Código AFP	Tras. AFP	Tarifa AFP	IBIC AFP	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Código EPS	Tras. EPS	Tarifa EPS	IBIC EPS	Aporte Salud	Aporte UNC	Código ARL	Clas. Riesgo	Tarifa ARL	IBIC ARL	Aporte Riesgo	Código CCF	Tarifa CCF	IBIC CCF	Aporte Caja	Tarifa SEIA	Aporte ICBF
																			230001		16 %	\$ 781.242	\$ 125.000	\$ 0	EP5023	12,5 %	\$ 781.242	\$ 27.700	\$ 0	14,7	3	2,436 %	\$ 781.242	\$ 18.100	COF21	0,5 %	\$ 781.242	\$ 4.700	0,4 %	\$ 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

