| 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: | johanna milena angulo mendoza | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52372483 | |
| CORREO ELECTRONICO: | yilenajohanna@gmail.com | | | | CELULAR: | 3025351 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A T FARMACIA- URGENCIAS OCCIDENTE DE KENNEDY USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10M05U | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570457070107968 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4347 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2508 | FECHA | 2024-11-30 07:21:37.000 | NÚMERO DE CRP | 73608 | FECHA | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE FARMACIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-11-01 | | 2024-11-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | $2,061,438 | | | |
| 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: | $20,614,380 |
| VALOR EJECUTADO | $20,614,380 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,061,438 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9476951718 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO
1022332239
Supervisor

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

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1) Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario. | Se Recibe la formula y verificar en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) cargar los insumos y entregar al servicio de Urgencias. | se dispensaron Formulas correspondientes a los serivicios de Urgencias de las eps contratadas por la subred en la farmacia de Urgencias. |
| 2) Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue. | Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema dinamica | se hizo el descargue de medicamentos e insumos de las formulas despachadas en el servicio de Urgencias, numero de cobro en las formulas |
| 3) Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido. | Identificar oportunamente los medicamentos con base en la recepcion tecnica realizada mensualmente. | Se entrega aleatorio semanal en el formato 08-04-FO-0126 |
| 4) Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo. | Programar mensualmente la limpieza de estanterias y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos | Se diligencia el formato 08-04 FO-0072 una vez realizada la limpieza y desinfeccion, mueble de insumos y mueble de ampollas asi como recipientes plasticos |
| 5) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | En el mes se diligencian total y oportunamente y con letra legible los formatos 08-04-FO-0126- reporte de conteo ciclico de medicamentos y dispositivos medicos en el servicio farmaceutico y formato de registro de formulas de doble chequeo 08-04-FO-0143. | formatos diligenciados 08-04-FO-0126 y 08-04-FO-0143. |
| 6) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Formatos diligenciados 08-04-FO-0126, 08-04-FO-0143, 08-04--FO-0072, 08-04-FO-0054 Y 08-04-FO-0038. |
| 7) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | participar en los encuentros de aprendizaje y capacitaciones programados por el servicio farmaceutico | Socializacion Asegurate de Octubre (Diagnostico correcto), lista de asistencia. |
| 8) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion . | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion . |
| 9) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Hacer seguimiento oportuno de los procesos y procedimientos establecidos por la subred y ajustar mi que hacer a estos procesos y procedimientos | Se realiza dispensacion, recepcion, almacenamiento y seguimento a medicamentos baja rotacion formato 08-04-FO-0054 |
| 10) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion . | No se generaron productos |
| 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. | Velar por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo | Soy cuidadoso con el equipo de computo y escaner, al terminar las funciones diarias y los entrego en buen estado |
| 12) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | Registrar fechas de vencimiento de medicamentos y/o dispositivos medicos | Mensualmente se registra por el servicio de salas de cirugia, se realiza registro formato 08-04-FO-0054 |
| 13) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Descargar planilla y se paga a aportes en linea al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales | Se entrega oportunamente impresa y pagada la planilla asi como las certificaciones de salud, pension, riesgos profesionales para la certificacion, |
| 14) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.. | Se entrega oportunamente impresa y pagada la planilla asi como las certificaciones de salud, pension, riesgos profesionales para la certificacion, | se realizan actividades acorde a lo establecido en mi contrato |

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO
1022332239
Supervisor

---

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

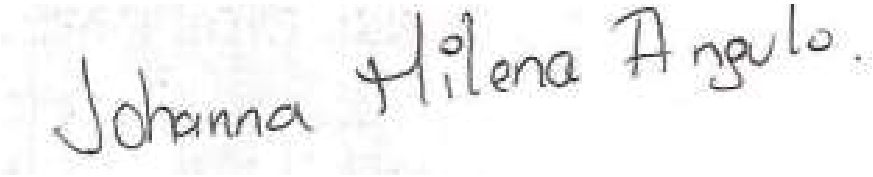
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JOHANNA MILENA ANGULO MENDOZA**

**C.52.372.483 DE BOGOTA**

La suma de $ 2.061.438 (Dos millones sesenta y un mil cuatrocientos treinta y ocho pesos m/cte). Por concepto de: Prestación de 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. Durante el periodo del 01 al 30 de Noviembre/2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 4347-2024




**JOHANNA MILENA ANGULO MENDOZA**

**C.52.372.483 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO: 0570457070107968**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52372483 | | ANGULO MENDOZA JOHANNA MILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 94 a 6c 59 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3125767512 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 1053844845 | 9476951718 | I | 2024/11/22 | 2024/11/18 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $402,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52372483 | ANGULO JOHANNA | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52372483 | | ANGULO MENDOZA JOHANNA MILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 94 a 6c 59 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3125767512 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 1053844845 | 9476951718 | I | 2024/11/22 | 2024/11/18 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $402,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $0 | $0 | $402,200 |

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 52372483 |
| NOMBRES | JOHANNA MILENA |
| APELLIDOS | ANGULO MENDOZA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/08/2019 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 11/20/2024 11:59:30 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024 JOHANNA MILENA ANGULO.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024 JOHANNA MILENA ANGULO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARZO 2024 JOHANNA MILENA ANGULO MENDOZA.pdf | CUENTA DE COBRO MARZO 2024 JOHANNA MILENA ANGULO MENDOZA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 JOHANNA MILENA ANGULO MENDOZA.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 JOHANNA MILENA ANGULO MENDOZA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MAYO 2024 JOHANNA MILENA ANGULO.pdf | CUENTA DE COBRO MAYO 2024 JOHANNA MILENA ANGULO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 JOHANA MILENA ANGULO MENDOZA.pdf | CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 JOHANA MILENA ANGULO MENDOZA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JULIO 2024 JOHANA MILENA ANGULO.pdf | CUENTA DE COBRO JULIO 2024 JOHANA MILENA ANGULO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024 JOHANNA MILENA ANGULO MENDOZA.pdf | CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024 JOHANNA MILENA ANGULO MENDOZA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024 JOHANA MILENA ANGULO.pdf | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024 JOHANA MILENA ANGULO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024 JOHANNA MIELNA ANGULO MENDOZA.pdf | CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024 JOHANNA MIELNA ANGULO MENDOZA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >