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:	FLOR YADIRA MORA FERNANDEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53,099,121						
CORREO ELECTRONICO:	YADIZ1026@HOTMIAL.COM				CELULAR:	3223840139						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	KENNEDY TINTAL						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE11M05	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7500801555											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2096-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 8				
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	35465	FECHA	30/08/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Presentar servicions profesionales y de apoyo a la gestion 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 institucion									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2020		30	9	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450									
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:	$13.875.600
VALOR EJECUTADO	$13.875.600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
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 **$2.194.508**, 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
94049687532	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Flor Yadira Mora Fernandez

LUZ DARY TERAN MERCADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

FLOR YADIRA MORA FERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FARMACIA TINTAL-KENNEDY					**Sede: KENNEDY TINTAL**			
No. DE CONTRATO:	2096-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.020		30	9	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR YADIRA MORA HERNADEZ		**C. C.**	53.099.121			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____ X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir con las leyes,decretos,acuerdos,, resoluciones,circulares de cualquier organo externo o reglamento interno,codigo o directriz interna de la E.S.E que tenga relacion con la ejecucion del objeto del presente contrato.	100%	Recibir,revisar,codificar y controlar las prescripciones de medicamentos su dosificacion y cantidades y las solicitudes de elementos medico-quirurgicos y realizar la relacion de Egresos diaria y su verificacion si es necesario.	NO POS EN EL MES 25 FORMULAS
2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las ogligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar.	100%	verificar el diligenciamiento de los formatos de justificacion de los medicamentos no incluidod en el Plan Obligatorio de Salud.	FORMULAS DE URGENCIAS ENTREGADAS DURANTE TODO EL TURNO DE DIA 300 FORMULAS
3. Obrar con lealtad y buena fe en el desrrollo y ejecucion del presente contrato, de acuerdo con el codigo del buen gobierno y etica institucional y/o profesional.	100%	informar oportunamente al interventor de las faltas y fallas encontradas en el desarrollo de los procesos y procedimientos del servicio.	FORMULAS DE HOSPITALIZACION ENTREGADAS DURANTE EL MES EN EL TURNO DE DIAS 300 FORMULAS
4. Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro los quince (15) primeros dias del calendario de cada mes.	100%	realizar seguimiento, control y generar indicadores para el cumplimiento de las actividades del Servicio Farmaceutico.	FORMULAS AMBULATORIAS DURANTE EL MES FORMULAS 12
5. Cumplir con la adherencia al as guias de manejo, manuales ,instructivos,protocolos,procesos y procedimientos institucionales	100%	custodiar y responder por los bienes a cargo y realizar la atencion a las actividades propias del inventario, según las necesidades del Servicio. Responder por el inventario que maneje con transparencia, eficiencia, eficacia y equidad como responsable de los procesos contables y administrativos.	FORMULAS DE TERAPIA ENTREGADAS EN EL MES 280
6. Desarrollar una cultura de autocontrol ,frente al cumplimiento de actividades de promocion, cuidado y uso racinal de los recursos del sistema integrado de gestiuon de la subred suroccidente relacionados con la gestion ambiental,seguridad y salud en el trabajo,gestion documental y archivo,sistema unico de acreditacion,responsabilidad social,seguridad de la informacion y control interno,acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas.	100%	Buscar estrategias que garanticen un adecuado almacenamiento y organización de los productos, formulas medicas, justificaciones y solicitudes archivadas a diario.	CONTEO DE MEDICAMENTOS Y MEDICOQUIRURGICOS MENSUAL CON REGISTRO INVIMA- LOTE-FV-CANTIDAD. 1200
7.Contibuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantia de calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del sistema unico de habilitacion,auditoria para el mejoramiento de la calida, sistema unico de acreditacion y sitema de informacion.	100%	alistar y entregar los medicamentos y dispositivos medicos en los diferentes servicios.	ORGANIZAR ESTANTERIA Y MANTENER LIMPIO EL LUGAR DE TRABAJO. CONTESTAR TELEFONO Y COLABORAR CON LAS DUDAS DEL PERSONAL MEDICO O ENFERMERIA. DIGITAR FORMULAS MEDICAS Y MEDICO-QUIRURGICOS DEBIDAMENTE COMO LO MANDAN LAS ACTIVIDADES COMO AUXILIAR.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,734,450 UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS MC

Flor Yadira Mora Hernadez cc.53099121

FLOR YADIRA MORA HERNADEZ CC 53099121

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

Nota: El informe para su aprobacion estara sujeto a la certificacion de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Escaneado con CamScanner

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53099121		MORA FERNANDEZ FLOR YADIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 88 H # 49 D-26 BOSA BRASIL 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3971092	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	1000001722	9409687532	I	2020/09/04	2020/09/03	BANCO BOGOTA	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC 53099121	MORA FLOR	231001	30	$877,803	$140,500	EPS002	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53099121		MORA FERNANDEZ FLOR YADIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 88 H # 49 D-26 BOSA BRASIL 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3971092	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	1000001722	9409687532	I	2020/09/04	2020/09/03	BANCO BOGOTA	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED NTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FLOR YADIRA MORA FERNANDEZ

C.C: 53099121 BOGOTAD.C

La sumá de UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS MC ($1´734.450), por conecto de Prestación de Servicios como Auxiliar de Farmacia del hospital El Tintal durante el periodo de 01 al 30 de SEPTIEMBRE del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No2096-2020.

flor yadira mora fernandez
FLOR YADIRA MORA FERNANDEZ

CUENTA DE AHORROS BANCO: DAVIVIENDA

NUMERO:

007500801555

Escaneado con CamScanner