| 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 | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NICOLE ALEXANDRA PAEZ VELASQUEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.023.955.351 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | paeznicole22@gmail.com | | | | CELULAR: | 3228811676 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FARMACIA | | | | SEDE: | Pablo VI | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | M05 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | AV VILLAS | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 080914646- | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 49-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 9 DE 9 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1380 | FECHA | 25/09/2020 | NÚMERO DE CRP | 39647 | FECHA | 30/09/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestión 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 | 2020 | | 31 | 10 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.734.450 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | NO APLICA | | | | | | | |

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: | $16.246.015 |
| VALOR EJECUTADO | $16.246.015 |
| **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 3% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9410992357 | $ 877.803 | $109.800 | $ 140.500 | 3 | 21400 | **$ 271.700** |

Dado en Bogota a los (31) dias del mes de Octubre del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Nicole Alexandra Páez V
1023955351
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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | FARMACIA | | Sede: PABLO VI | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 49-2020 | | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 10 | 2020 | | 31 | 10 | 2020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NICOLE ALEXANDRA PAEZ VELASQUEZ | | C. C. | 1.023.955.351 | | | DE | BOGOTA | |

**OBJETO DEL CONTRATO: : Prestar servicios de apoyo a la gestión 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.**

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuari | si | 1. Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario. | se realiza la actividad de dispensacion establecido en el procedimiento |
| 2. Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue | si | 2.Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue | se descarga del sistema de informacion de dinamica los medicamentos acorde a la for |
| 3. Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido. | si | 3.Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido. | se realiza verificacion de fechas de vencimiento y se procede a la buena practica de almacenamiento |
| 4.Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo. | SI | 4.Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo. | se lleva a cabo la respectiva limpieza y desinfeccion de stant asignados y registro en el formato cod 02-02-FO-0012 para el adecuado almacenamiento de medicamentos |
| 5. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.. | si | 5. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.. | diligenciar diariamente los formatos asignados para cada actividad |
| 6.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | si | 6.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | cumplir en la mayor totalidad las normas implementadas en el servicio |
| 7.Elaborar Informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | si | 7.Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | llevar a cabo el registro en los respectivos formatos de actividades asignadas y entrega de soportes a supervisor |
| 8.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | si | 8.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | tener sentido de pertenencia por la instucion y el lugar donde se brinda el servicio para garantizar una atencion de calidad |
| 9. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | si | 9.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | asistencia a las uat, ulc programadas y demas que corresponde |
| 10.Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | si | 10. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | informar oportunamente al jefe de servicio cualquier anomalia que se presente ademas del adecuado reporte en la mesa de ayuda |
| 11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | si | 11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | dar cumplimiento al 100 % con adherencia a todos los procedimientos que tiene la Subred para el cumplimiento con las actividades |
| 12.Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | si | 12 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | participar activamente en las diferentes actividades que agende la Subred |
| 13. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | si | 13. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | mensualmente se lleva a cabo la estadistica de las actividades realizadas diligenciando los respectivos formatos y posterior entrega de soportes |
| 14. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | si | 14.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | realizar la respectiva entrega de los elementos que se han asignados |

**TOTAL A PAGAR ($ 1.734.450) UN MILLON SETESIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE**

Nicole Alexandra Páez V

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 1023455351

Fecha : 31/10/2020 Firma de recibido supervisor Santander

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

| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: 3/04/2017 | |
| | | Código: 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | FARMACIA | | Sede: PABLO VI | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 49-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 10 | 2020 | | 31 | 10 | 2020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NICOLE ALEXANDRA PAEZ VELASQUEZ | | C. C. | 1.023.955.351 | | DE | BOGOTA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: : Prestar servicios de apoyo a la gestión 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.**

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | SI | 15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | entregar a tiempo los formatos para la consolidacion de dicha informacion |
| 16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | SI | 16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | entregar oportunamente el certificado de pago de la seguridad social |
| 17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | SI | 17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | cumplir con las actividades que el supervisor asigne acorde con el objeto del contrato |
| | | | |

**TOTAL A PAGAR ($ 1.734.450)UN MILLON SETESIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS (MCTE)**

Nicole Alexandra Paez V

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 1023955351

Fecha :31/10/2020 Firma de recibido supervisor:

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

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023955351 | | PAEZ VELASQUEZ NICOLE ALEXANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera13bbisaeste#73-18sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3105769 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-09 | 2020-09 | 1000001409 | 9410992357 | I | 2020/10/14 | 2020/10/06 | 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 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 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 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $109,800 | $0 | $0 | $109,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $271,700 | $0 | $0 | $271,700 |



2020/10/06 03:19 PM

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023955351 | | PAEZ VELASQUEZ NICOLE ALEXANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera13bbisaeste#73-18sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3105769 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-09 | 2020-09 | 1000001409 | 9410992357 | I | 2020/10/14 | 2020/10/06 | BANCO BOGOTA | 0 | $271,700 |

**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)** | | | | | $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 | 1023955351 | PAEZ NICOLE | 230201 | 30 | $877,803 | $140,500 | EPS037 | 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 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NICOLE ALEXANDRA PAEZ VELASQUEZ**

**C.C 1023955351 DE BOGOTA**

La suma de un millón setecientos treinta y cuatro mil cuatrocientos cincuenta pesos m/cte. ($1.734.450), por concepto de: Prestación de servicios como técnico en servicios Farmacéuticos en la unidad de Pablo VI, durante el periodo del 1 al 31 de octubre del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 49-2020

Nicole Alexandra Páez V
1023955351

**Nombre de contratista**

**C.C. 1023955351 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS**

**NUMERO 080914646**