| 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: | LUZ PATRICIA ALVARADO QUINTERO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52.129.013 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | patoalvaradoq@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3173146110 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUR | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SERVICIO FARMACEUTICO | | | | | | SEDE | | PAPS CIASS | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | SU58-M05 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24065351345 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2147-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 2 DE 3 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 29 | FECHA | 8/01/2020 | NÚMERO DE CRP | 14304 | FECHA | 31/01/2020 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación 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 – Apoyo Administrativo facturador Consulta Externa I | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 3 | 2020 | | 31 | 3 | 2020 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.734.450 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | 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: | $5.203.350 |
| VALOR EJECUTADO | $3.468.900 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.734.450 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.734.450 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 67% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4322987054 | $877.803,00 | $109.800 | $140.500 | 3 | $21.400 | **$271.700** |

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

Luz Patricia Alvarado Q.

LUZ DARY TERAN MERCADO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

LUZ PATRICIA ALVARADO QUINTERO
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: | SERVICIOS COMPLEMENTARIOS – FARMACIA | | Sede: PAPS CLASS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 2147-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 3 | 2.020 | | 31 | 3 | 2.020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LUZ PATRICIA ALVARADO QUINTERO | | C. C. | 52.129.013 | | 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 ___ x**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el suario | SI PROGRAMADO | Recibe la formula verificar en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) facturar y entregar el medicamento al usuario | se dispensaron 1300 aprox formulas correspondientes a las eps-s cotratadas por la subred |
| Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descarge | SI PROGRAMADO | Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema dinamica gerencial | se hizo el descargue de 8000 medicamentos aprox. |
| Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido | SI PROGRAMADO | semaforizar oportunamente los medicamentoscon base en la recepcion tecnica realizada mensualmente. | Se realiza el almacenamiento adecuado, la semaforizacion(color rojo inferior a seis meses), se reguistra los datos de la recepcion tecnica en medio magnetico |
| Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo | SI PROGRAMADO | programar semanalmente la limpieza de estanterias y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos | se realiza limpieza de estanteria cada 8 dias dejando registro del procedimiento y se almacenan los medicamentos de tal manera que los primeros en vencer sean los que primeros en entregar |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | SI PROGRAMADO | Realizar la entrega oportuna de los eventos, facturas de FFDS y demas documentacion solicitada por el area de facturacion | Se entregan soportes de facturacion emitida al ffds y a eps en modalidad evento al area respectiva. |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | SI PROGRAMADO | Realizar la entrega oportuna de los informes solicitados que intervienen en el proceso de calidad | Se entrega los informes del mes de indicadores, recepcion tecnica,toma de temperatura y demas implementados en |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | SI PROGRAMADO | Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes | Se elaboran los respectivos informes de gestion a diaro, notificando la cantidad de formulas entregadas, medicamentos |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas | SI PROGRAMADO | Velar por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo | Soy cuidadosa con el equipo de computo y escaner, al terminar las funciones diarias se deja cerrado con llave |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | SI PROGRAMADO | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion . | No se generaron productos |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion . | No se generaron productos |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | SI PROGRAMADO | Hacer seguimiento oportuno de los procedos y procedimientos establecidos por la subred | Se realiza dispensacion, recepcion, almacenamiento y seguimento a medicamentos pendientes |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion . | No se generaron productos |
| 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 PROGRAMADO | Realizar oportunamente las actividades programadas mensualmente por el supervisor | Se entrega oportunamente el informe con las respectivas actividades realizadas para ser certificadas por el supervisor |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion . | No se generaron productos |
| Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | SI PROGRAMADO | Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes, formulas mal diligenciadas | Se elaboran los respectivos informes de gestion a diaro, notificando la cantidad de formulas entregadas, medicamentos entregados y pendientes, y las novedades de errores en los procesos |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | SI PROGRAMADO | Descargar planilla de aportes para el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales | Se entrega oportumantente impresa la planilla de salud, pensiones y riesgos profesionales junto con certificados de afiliacion al sistema de seguridad social |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | SI PROGRAMADO | Entregar oportunamente la glosa solicitada durante el periodo y demas soportes de facturacion | No se generaron productos |
| Observaciones: | | | |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.734.450 UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/C**

Luz Patricia. Alvarado Q.

NOMBRE COMPLETO CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 52129-073 Bta.

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52129013 | |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | LUZ PATRICIA ALVARADO QUINTERO | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL | |
| DIRECCIÓN: | CL 52 SUR 92 A 34 SUR INT. 6 APTO 402 TELÉFONO: | 3056465 | |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE | |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de atención de la salud humana. | |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | NO | |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4322987054 | TIPO DE PLANILLA: | | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero | AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | | MES febrero | AÑO | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/03/02 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | | 9999193894 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS001 | EPS001-ALIANSALUD S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 21.400 | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 21.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 21.400 |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 5.300 | $ 0 | $ 5.300 |
| SUBTOTALES: | | | $ 5.300 | $ 0 | $ 5.300 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SAL INTEGRAL | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52129013 | ALVARADO QUINTERO LUZ PATRICIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE | | $ 877.803 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 877.803 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 140.500 | EPS001-ALIANSALUD S.A. | 30 | $ 877.803 | $ 109.800 | $ 0 | $ 109.800 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 877.803 | 52129013 | $ 21.400 | 30 | $ 877.803 | CCF24-COMPENSAR | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 277.000 |
|---|---|