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:	FACTURACION				SEDE	USS CLASS						
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			8 DE 8				
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	35508	FECHA	30/08/2020				
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	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	$13.008.375
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
VALOR A LIBERAR	$867.225
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

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
4349934777	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de septiembre del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ DARY TERAN MERCADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Patricia Alvarado Quintero

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: USS CLASS					
No. DE CONTRATO:	2147-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	9	2.020		30	9	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 950 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	SI PROGRAMADO	Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema dinamica gerencial	se hizo el descargue de 7000 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 de tableteria de la letra A a la O(color rojo inferior a seis meses), se registra 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 semanalmente de estanteria así: 2, 12, 16, 26 y 30 septiembre de la letra A a la O de tableteria y al mismo tiempo reviso el almacenamiento correcto.
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 medicamentos de eventos de FFDS	Se entregan medicamentos de 4 eventos de FFDS.
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 matriz de riesgos con los respectivos soportes. (Recepción técnica, Errores de dispensación, Errores de prescripción, Pendientes y Registro de fórmulas entregadas.
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 las actividades desempeñadas durante el mes.	Se entrega las actividades al supervisor para la respectiva verificación y firma.
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	A la fecha los elementos de trabajo que se encuentran a mi cargo están en buenas condiciones.
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	Interdiariamente registro la información de la matriz de riesgos en el DRIVE.
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 con la información de ARL y Aportes Pensional.
Observaciones:			

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

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Luz Patricia Alvarado Quintero

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ PATRICIA ALVARADO QUINTERO

C.C 52.129.013 DE Bogotá

La suma de un millón setecientos treinta y cuatro mil cuatrocientos cincuenta mil m/cte. $1.734.450, por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o Asistencial en el área de Farmacia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E como Auxiliar de farmacia, durante el periodo de 1 al 30 de Septiembre de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios

No. 2147-2020.

Luz Patricia alvarado Quintero

LUZ PATRICIA ALVARADO QUINTERO
C.C 52.129.013 DE Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 24065351345

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

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 302	TELEFONO:	3058465
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4349934777		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/09/07		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		99918514477

TOTAL APORTES A PENSION

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

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACION	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACION	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.600	$ 0	$ 0	$ 109.600
SUBTOTALES:													$ 109.600	$ 0	$ 0	$ 109.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES 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

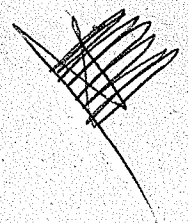
TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

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

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES									
																								PENSION							SALUD							ARP						CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
TP	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO	RESIDENTE TRIBUTARIA	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52129013	ALVARADO QUINTERO LUZ PATRICIA	PENSIONADO POR INVALIDEZ QUE SOLICITA VOLUNTARIAMENTE AFILIACION AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 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	$ 109.600	$ 0	$ 109.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803	52129013	$ 21.400	30	$ 877.803	CCF24 - COMPENSAR	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 277.000



Ver contrato

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? SI 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 MARZO LUZ PATRICIA ALVARADO.pdf	CUENTA MARZO LUZ PATRICIA ALVARADO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta abril class.pdf	cuenta abril class.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta mayo class.pdf	cuenta mayo class.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTAS COBRO JUNIO CLASS.pdf	CUENTAS COBRO JUNIO CLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuentas cobro julio class.pdf	cuentas cobro julio class.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2020.pdf	CUENTA AGOSTO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal