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 BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OSCAR CARRANZA CAICEDO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79.526.227						
CORREO ELECTRONICO:	ocarranza715@gmail.com					3123930004						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Sur											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO		SEDE:	CAPS TRINIDAD GALAN								
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU41M05	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	27371058791								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2152-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 3			
NÚMERO DE CDP	29	FECHA	8/01/2020	NÚMERO DE CRP	14309	FECHA	31/01/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion 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	2	2020		29	2	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:	$5.203.350
VALOR EJECUTADO	$1.734.450
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.468.900
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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
9403246404	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a los (29) días del mes de Febrero del año Dos Mil Veinte 2020 . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CRISTIAN CAMILO BUITRAGO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

OSCAR CARRANZA CAICEDO
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**	Version	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DEL SUR FARMACIA		**Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN**							
No. DE CONTRATO:	2152-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	2	2.020		29	2	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OSCAR CARRANZA CAICEDO		**C. C.**		79.526.227		**DE**	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion 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 __

OBLIGACIONES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario	**PROGRAMADO**	Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes.	Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio y urgencias
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su	**PROGRAMADO**	Se realiza facturación	Soportes de facturación de medicamentos ambulatorios y de urgencias.
realizacion de doble chequeo para detectar errores en alistamiento	**PROGRAMADO**	se realizan todos los dias doble chequeo a talleres de cronicos	se utiliza palnilla para doble chequeo
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según en el procedimiento establecido	**PROGRAMADO**	se apoya la gestión y conservación de los medicamentos	se realiza proceso de recepción y adecuado almacenamiento, según fechas de vencimiento.
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	**PROGRAMADO**	se realiza aseo del area de trabajo	Cronograma de limpieza semanal
Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio para consolidar la producción mensual del servicio	**PROGRAMADO**	Se registran las actividades diarias en formatos establecidos.	Se registran los indicadores, controles de temperatura y humedad y limpieza del area.
Entrega de medicamentos a domicilio	**PROGRAMADO**	Se entregan los medicamentos de corazon a corazon a domicilio , mayores de 70 años	se realiza proceso de entrega de medicamentos a domicilio del programa de cronicos previa programacion , se recopila informacion en planilla
Realizar las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	**PROGRAMADO**	Se realizan actividades según contrato.	Informe de actividades e informes mensuales.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.734.450 UN MILLON SETESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROSCIENTOS CINCUENTA PESOS

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OSCAR CARRANZA CAICEDO 79.526.227

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.

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 79526227		CARRANZA CAICEDO OSCAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 43 sur # 72 q 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4800836	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-02	2020-02	1000000310	9403246404	I	2020/03/06	2020/03/10	BANCO BOGOTA	4	$272,700

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	79526227	CARRANZA OSCAR		25-14	30	$877,803	$140,500	EPS017	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

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 79526227		CARRANZA CAICEDO OSCAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 43 sur # 72 q 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4800836	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-02	2020-02	1000000310	9403246404	I	2020/03/06	2020/03/10	BANCO BOGOTA	4	$272,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$500	$0	$141,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$140,500	$500	$0	$141,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$100	$0	$21,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$100	$0	$21,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$400	$0	$110,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$400	$0	$110,200
TOTAL				**1**	**$271,700**	**$1,000**	**$0**	**$272,700**