DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

OSCAR CARRANZA CAICEDO

C.C 79.526.227 DE BOGOTÁ

La suma de $ 1,734.450 por concepto de: prestación de servicios como Auxiliar de Farmacia durante el periodo de 01 al 31 de Octubre 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2152-2020.

OSCAR CARRANZA CAICEDO

C.C.79.526.227 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 27371058791

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	15/02/2018	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		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		9 de 9				
NÚMERO DE CDP	1380	FECHA	25/09/2020	NÚMERO DE CRP	41302	FECHA	30/09/2020			
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	10	2020		31	10	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:	$15.610.050
VALOR EJECUTADO	$15.610.050
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
9410860731	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

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

LUZ DARY TERAN	OSCAR CARRANZA CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	10	2.020		31	10	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 lo diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo 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 d 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.
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 adecuado almacenamiento, según fecha de vencimiento.
adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	**PROGRAMADO**	se realiza aseo del area de trabajo	Cronograma de limpieza semanal
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de Legibilidad oportunidad e integridad	**PROGRAMADO**	se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente.	Formato de temperatura y humedad, control y limpieza de estantes, Registro de pendientes, errores de prescripción.
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 d temperatura y humedad y limpieza del area.
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los	**PROGRAMADO**	Se aplican las normas de gestión anmbiental.	Manejo Integral de residuos.

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

79'526.227

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

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.

dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
	CARRANZA CAICEDO OSCAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 43 sur # 72 q 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4800836	No

LES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
alud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
09	9202811930697816	94108660731	I	2020/10/07	2020/10/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

DETALLADA DE APORTES

PLEADO		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
cación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
IPAL (1 Afiliados)				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0	
o: PRINCIPAL (1 Afiliados)				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0	
Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0	
227	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	
filiados(1)				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0	



PLANILLA PAGADA

	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		CARRANZA CAICEDO OSCAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 43 sur # 72 q 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4800836	No

ALES DE LA LIQUIDACION

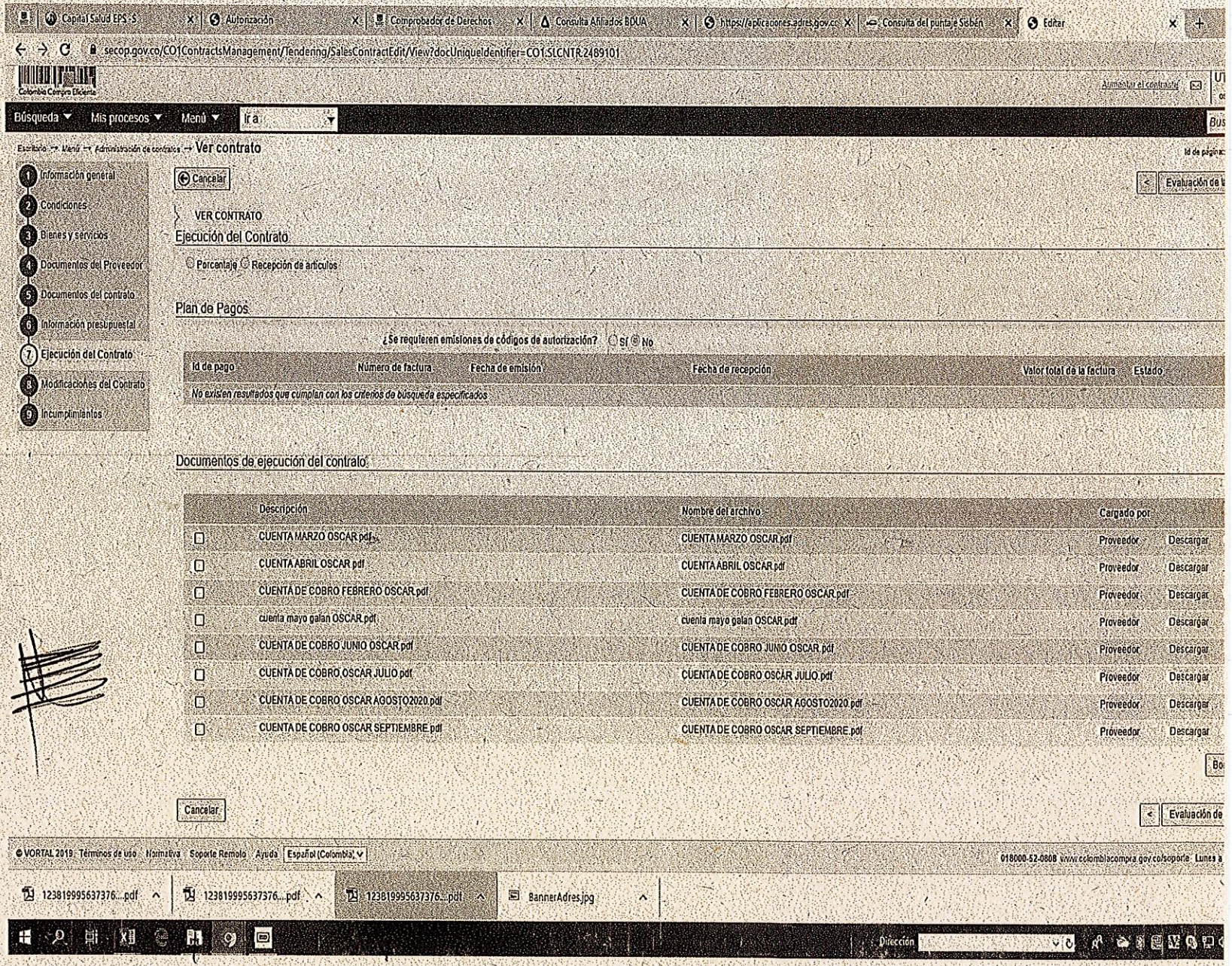
	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
0:09	9202811930697816	94108607311	I	2020/10/07	2020/10/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

DE PAGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
RADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
NES	25-14	900,336,004	7	1	$140,500	$0	$0	$140,500
RADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
RADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
				1	$271,700	$0	$0	$271,700



PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA


Capital Salud EPS S
Autorización
Comprobador de Derechos
Consulta Afiliados BDUA
https://aplicaciones.adres.gov.co
Consulta del puntaje Sisbén
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.2489101
Colombia Compra Eficiente
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí 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
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA MARZO OSCAR.pdf
CUENTA MARZO OSCAR.pdf
Proveedor
Descargar
CUENTA ABRIL OSCAR.pdf
CUENTA ABRIL OSCAR.pdf
Proveedor
Descargar
CUENTA DE COBRO FEBRERO OSCAR.pdf
CUENTA DE COBRO FEBRERO OSCAR.pdf
Proveedor
Descargar
cuenta mayo galan OSCAR.pdf
cuenta mayo galan OSCAR.pdf
Proveedor
Descargar
CUENTA DE COBRO JUNIO OSCAR.pdf
CUENTA DE COBRO JUNIO OSCAR.pdf
Proveedor
Descargar
CUENTA DE COBRO OSCAR JULIO.pdf
CUENTA DE COBRO OSCAR JULIO.pdf
Proveedor
Descargar
CUENTA DE COBRO OSCAR AGOSTO2020.pdf
CUENTA DE COBRO OSCAR AGOSTO2020.pdf
Proveedor
Descargar
CUENTA DE COBRO OSCAR SEPTIEMBRE.pdf
CUENTA DE COBRO OSCAR SEPTIEMBRE.pdf
Proveedor
Descargar
Cancelar
Evaluación de
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a
1238199995637376....pdf
1238199995637376....pdf
1238199995637376....pdf
BannerAdres.jpg
Dirección