

NOMBRE DEL CONTRATISTA:				MORELIA ISAURA GUERRERO Saldarriaga									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1088268685				
CORREO ELECTRONICO:				morexim@hotmail.com				CELULAR:		3212390994			
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:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				8400715812				PENSIONADC		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2173-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5 DE 5			
NÚMERO DE CDP		574	FECHA	04/20/2020	NÚMERO DE CRP		23042	FECHA		04/30/2020			
				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de FARMACIA Centro 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	6	2020			30	6	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:								\$10.406.700					
VALOR EJECUTADO								\$8.672.250					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.734.450					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$1.734.450					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								83%					
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							
43309556	\$877.803,00	\$109.800	\$26.400	3	\$21.400	\$157.600							
Dado en Bogotá a los (30) días del mes de junio del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
LUZ DARY TERAN						MORELIA ISAURA GUERRERO							
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA							

Sur Occidente E.S.E.		SERVICIOS		aprobacion		Código: 15-02-FO-0003		ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subarea Sur Occidente E.S.E.		
Ubicación del Servicio: UNIDAD DEL SUR FARMACIA Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN										
No. DE CONTRATO: 2173-2020		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	6	2.020		30	6	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MORELIA ISaura GUERRERO		C. C.		1.088.268.685			DE		PEREIRA	
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 <u>X</u> NO <u> </u> Servicios: SI <u> </u> NI <u> </u>										
OBLIGACIONES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS		
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo		PROGRAMADO		se realiza aseo del area de trabajo				cuadro de limpieza semanal y control de fechas de vencimiento.		
el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue		PROGRAMADO		Se realiza facturación				Soportes de facturación de medicamentos ambulatorios y urgencias.		
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, humedad y limpieza del area.		
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		
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y tecnica) y desarrollar las obligaciones que se generen.		PROGRAMADO		Se garantiza la calidad de los servicios.				cero quejas por parte de pacientes.		
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 almacenamiento y distribución de medicamentos. Control de fechas de vencimiento, medicamentos LASA Y MAR		
Entregar 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 # 3 y 7		
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.734.450 UN MILLON SETESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS										
CONTRATISTA: <u>Morelia Isaura Guerrero</u> NOMBRE COMPLETO, COPIA Y FIRMA DEL				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.										

COMPENSAR PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



DATOS DEL APORTANTE					
PO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
20	108828685	MORELA BAURA GUERRERO	cr 19 B No 22 45	5858685	morexim@hotmail.com
CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
1- Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA APORTADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS Upc
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
2020-05	2020-05	1	1008/2020	43309555	175,200

TALES POR SUBSISTEMAS

TALES SALUD									
EPS	Nombre	NIT	Coatización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Coatización	Valor Mora UPC
16	Coomeva EPS	80300427-1	109.800	0	0	0	0	0	0
			Total a Pagar		No. Afiliados				
			109.800		1				

TALES PENSION									
APP	Nombre	NIT	Coatización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Coatización
1	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	26.400	0	0	0	0	0	0
			Total a Pagar		No. Afiliados				
			26.400		1				

TALES RIESGOS LABORALES									
ARL	Nombre	NIT	Coatización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Coatización	Subtotal
1	ARL SURA	890903790-5	21.400	0	21.400	0	0	0	21.400
			Total a Pagar		No. Afiliados				
			21.400		1				

TALES CAJAS									
CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
22	Colsubsidio	860003306-1	17.600	0	0	17.600	1		

TALES PARAFISCALES					
Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
0	0	0	0	0	0
MEN					
0	0	0	0	0	0
SENA					
0	0	0	0	0	0
TALES					
175.200					

TALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, JRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pension	1	26.400	26.400
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TALES			
175.200			

COMPENSAR INTEGRADA PLANILLA INTEGRADA DE AUTOMATIZACION DE APORTES



PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
PO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
2C	1088286655	MORELA ISLAURA GUERRERO SALDARRIAGA	cr 19 B No 22 45	5858585	morexim@hotmail.com
RMA	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
1	Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLAOS 1 UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-05	2020-05	1	10/06/2020	43309555	\$175,200

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES																					
Apellidos y Nombres	Coltama	Subtipo	Estadual	Colon, exterior	Exonerado	IMO	RET	TDE	TAE	SLI	TAP	VAP	VST	SLN	ROE	LMA	VAC	AVP	VCT	TR	CONEXIÓN	Cdd. AFP	IBC AFP	Contracción o Alínea	Voluntario Aportante	Voluntario pensional solidario	Fondo pensional subsidencia	Cdd. EPS	IBC EPS	Contracción Vini UPC	Cdd. ASL	IBC ASL	Clase de Riesgo	Contracción CCF	Código IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros pensionados	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte EPS	Aporte ICBF		
GUERRERO SALDARRIAGA MORELA ISLAURA	59	0																				220201	877.893	28.400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGA DADA

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

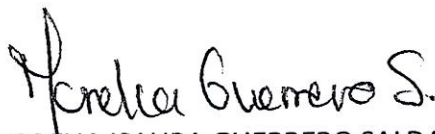
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MORELIA ISAURA GUERRERO SALDARRIAGA

CC 1.088.268.685 DE: PEREIRA/RDA

La suma de 1.734.450, por concepto de: prestación de servicios durante el periodo del 01 al 30 de junio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2173-2020.



MORELIA ISAURA GUERRERO SALDARRIAGA

CC 1.088.268.685 DE: PEREIRA/RDA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NÚMERO 8400715812