

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		51.783.938						
CORREO ELECTRONICO:		ANAIABELMONTANA LOPEZ@GMAIL.COM				CELULAR:		3057198742					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		PUENTE ARANDA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		SERVICIO FARMACEUTICO						SEDE		USS CARVAJAL			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		SU57 M05	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO BBVA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		419060470								PENSIONADO		NO	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2188-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				9 DE 9			
NÚMERO DE CDP		1380	FECHA		25/09/2020		NÚMERO DE CRP		41336	FECHA		30/09/2020	
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	10	2020			31	10	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:								\$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%					
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							
9410924544	\$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 MERCADO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR							Ana. Isabel Montaña López ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA						

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS – FARMACIA	Sede: USS CARVAJAL														
No. DE CONTRATO:	2188-2020	Periodo certificado desde el														
		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>10</td> <td>2.020</td> <td></td> <td>31</td> <td>10</td> <td>2.020</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	10	2.020		31	10	2.020
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año										
1	10	2.020		31	10	2.020										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ	C. C. 51.783.938 DE BOGOTA														

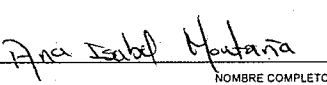
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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 informacion 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 medicamentos con base en la recepcion tecnica realizada mensualmente.	Se realiza el almacenamiento adecuado, la semaforización (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 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
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 la subred
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 diario, notificando la cantidad de formulas entregadas, medicamentos entregados y pendientes, y las novedades de errores en los procesos de dispensacion, facturacion y prescripcion de la orden medica.
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	Asistir a la ULC del mes de octubre	Participe en la ULC del dia 2 octubre
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
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 diario, notificando la cantidad de formulas entregadas, medicamentos entregados y pendientes, y las novedades de errores en los procesos de dispensacion, facturacion y prescripcion de la orden medica.
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 oportunamente 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

 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	Fecha : dd/mm/aaaa Firmado por el supervisor:
--	---

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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e CBF	No
CC 51783938		ANA ISABEL MONTANA LOPEZ	INDEPENDIENTE	Principal	kra 77 L No 51A64 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7112245		No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pension	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2020-09	18046002	9410924544	I	2020/10/09	2020/10/09	BANCO DE OCCIDENTE			\$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Sucursales Principales (1 Afiliados) Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados) Ciudad: BOGOTA Despl: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) CC: 51783938 MONTANA ANA 25-14 30																							
1	CC 51783938	MONTANA ANA	25-14	30	\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$140,500	
Total Afiliados(1)																							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 31783938		ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Kra77 L No 51A64 sur	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7112245	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Límite	Pago		Días-Mora	Valor
2020-09	2020-09	18046002	9410924544	1	2020/10/09	2020/10/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$271,700
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES/MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	\$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400	\$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
SANTAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	\$109,800
TOTAL				1	\$271,700	\$0	\$0	\$271,700	\$271,700



DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

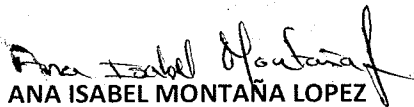
DEBE A:

ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ

C.C 51783938

La suma de un millón setecientos treinta y cuatro mil cuatrocientos cincuenta pesos m/cte \$ 1.734.450, por concepto de: prestación de 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 01 al 31 de

octubre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2188-2020.


ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ

C.C. 51783938

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 419060470