

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

La suma de 1.734.450, por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como Auxiliar de Farmacia durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de 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 BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 27371058791

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		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 VIGEN		2152-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		11 de 11					
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	52962	FECHA	30/11/2020				
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	12	2020			31	12	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:	\$19.078.950
VALOR EJECUTADO	\$19.078.950
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.734.450
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

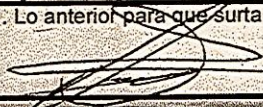
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

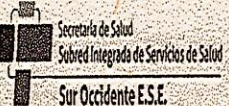
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2,194,508 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9413056941	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

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

Cordialmente,

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

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		de aprobación Código	9/11/2016 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 1	Mes 12	Año 2.020	Día 31	Mes 12	Año 2.020
		OSCAR CARRANZA CAICEDO		C. C.	79.526.227		DE	BOGOTA	
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.									
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI <u>X</u> NO <u> </u> Servicios: SI <u> </u> NO <u>X</u>									
OBLIGACIONES		PROGRAMAD		ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS		
información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue		PROGRAMAD O		Se realiza facturación			Soportes de facturación de medicamentos ambulatorios y urgencias. Apoyo en facturación y dispensación de		
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo		PROGRAMAD O		se realiza aseo del area de trabajo			cuadro de limpieza semanal y control de fechas de vencimiento.		
Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio para consolidar la producción mensual del servicio		PROGRAMAD O		Se registran las actividades diarias en formatos establecidos.			Se registran los indicadores, controles de temperatura.		
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario		PROGRAMAD O		Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes.			Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio.		
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según en el procedimiento establecido		PROGRAMAD O		se apoya la gestión y conservación de los medicamentos			Se realiza proceso de almacenamiento y distribución de medicamentos. Control de fechas de		
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de Legibilidad oportunidad e integridad		PROGRAMAD O		se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente.			formato de temperatura y humedad, control y limpieza de estantes # 13 y 15		
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: <u>OSCAR CARRANZA CAICEDO</u> <u>79.526.227</u>				Fecha : dd/mm/aaaa Firma de representante supervisor: 					
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clave Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA o ICBF	No.
CC 79526727	7	CARRANZA CAICEDO OSCAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 43 sur # 72 y 52	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	4800836		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor				
Pensión		Planilla	Límite	Banco					
2020-11	920338203192780	941305941	2020/12/07	2020/12/03	BANCO DE OCCIDENTE				
					\$271,700				

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte				
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)																						
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																						
1	CC 79526727	CARRANZA OSCAR	15-14	30	\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800	EP0017	30	\$877,803	\$109,800		14-11	\$0	\$0				
Total Afiliados(1)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA o ICBF	No
Cc 79524277		CARRANZA CAIFEDO OSCAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 43 sur # 72 q 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4800836		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Pago	Dias Mora	Valor
2020-11	920338203192760	941305641	11	1	2020/12/07	2020/12/03	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
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
FAMISANAR	EP5017	830,003,564	7	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
TOTAL				1	\$271,700	\$0	\$0	\$271,700

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					

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 Detalle
☐	CUENTA ABRIL OSCAR.pdf	CUENTA ABRIL OSCAR.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO OSCAR.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO OSCAR.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA mayo galan OSCAR.pdf	CUENTA mayo galan OSCAR.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO OSCAR.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO OSCAR.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OSCAR JULIO.pdf	CUENTA DE COBRO OSCAR JULIO.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OSCAR AGOSTO2020.pdf	CUENTA DE COBRO OSCAR AGOSTO2020.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OSCAR SEPTIEMBRE.pdf	CUENTA DE COBRO OSCAR SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OSCAR OCTUBRE.pdf	CUENTA DE COBRO OSCAR OCTUBRE.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE OSCAR.pdf	CUENTA NOVIEMBRE OSCAR.pdf	Proveedor Detalle

Datos guardados