DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA.

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

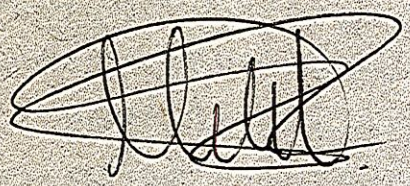
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARTHA LILIANA SANCHEZ RINCON

C.C 1012401186 DE BOGOTA.

La suma de $1.734.450 por concepto de: prestación de servicios como auxiliar de farmacia del Caps Trinidad Galán durante el periodo de 1 al 31 de Diciembre 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2155-2020.



MARTHA LILIANA SANCHEZ RINCON.

C.C 1012401186 DE BOGOTA.

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO: 10077547393.

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LILIANA SANCHEZ RINCÓN											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.012.401.186						
CORREO ELECTRONICO:	misanchez681@misena.edu.co					3214618961						
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	10077547393								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2155-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		11 de 11				
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	52964	FECHA	6/11/2020			
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	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%

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
8346802882	$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,

1012401186 Bta

LUZ DARY TERAN	MARTHA LILIANA SANCHEZ RINCÓN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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	Fecha de aprobación	9/11/2016	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Código:	5-02-FO-000	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DEL SUR FARMACIA			**Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN**							
No. DE CONTRATO	2155-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	12	2.020		31	12	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LILIANA SANCHEZ RINCÓN		**C. C.**		1.012.401.186		**DE**		Bogotá		

OBJETO DEL CONTRATO: SPrestar 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 de ambulatorio y urgencias
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue.	PROGRAMADO	Se realiza facturación.	Facturación de medicamentos ambulatorios y urgencias
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 a stand 4 y 14 a mi cargo.
Realizar aleatorios de areas encargadas.	PROGRAMADO	Realizo aleatorio de medicamentos e insumos de stand 4 y 14 a mi cargo.	Aleatorio de medicamentos e insumos.
Realizar informes de medicamentos proximos a vencer y/o de baja rotación para hacer su respectiva gestión.	PROGRAMADO	Reviso fechas de vencimiento en los stand a mi cargo,además identifico los medicamentos e insumos de baja rotación, tambien marco medicamentos LASA.	Se revisa y reporta fechas de vencimiento, productos de baja rotación , y se identifican medicamnetos LASA.
Aplicar lista de doble chequeo a formulas de taller de corazón a corazón.	PROGRAMADO	Reviso las formulas del taller de corazón a corazón, verificando que cumpla con los parametros establecidos en el formato de doble quecheo.	Taller de corazón a corazón revisado al 100%. Cumpliendo con el formato de lista de doble chequeo.
Planillar entregas a domicilio.	PROGRAMADO	Verifico direcciones de pacientes, y agendo en la planilla de entrega a domicilio	Planilla de entrega a domicilio diligenciada, para poder hacer entrega de medicamentos a los pacientes en la casa.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integridad.	PROGRAMADO	Diligencio los formatos de manera adecuada.	Formatos de temperatura y humedad,control de limpieza y desinfección de stantes, indicadores y pendientes diligenciados.

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: 1012401136 Bta.

supervisor:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma quien recibido

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARTHA LILIANA SANCHEZ RINCON
No. Identificación: CC1012401186
Dirección: KR 81G 67A 12 SUR
Telefono: 3214618961
Correo: mlsanchez681@misena.edu.co
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8346802882

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA LILIANA SANCHEZ RINCON
Tipo y número de identificación	CC1012401186
Número de planilla	8346802882
Fecha pago	2020-12-04
Número de autorización pago	59061451
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2020
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2020
Número de Administradoras	4
Total Pagado	289300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

8346802882

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
231001	Colfondos	140500	1
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensación Fliar	17600	1
EPS008	Compensar EPS	109800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1012401186
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA LILIANA SANCHEZ RINCON

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	231001	877803	877803	877803	877803	109800	0	140500	0	21400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	cuenta de cobro febrero (Archivado)	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta de cobro marzo (Archivado)	MARTHA LILIANA SANCHEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta de cobro abril (Archivado)	cuenta de cobro abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta de cobro mayo (Archivado)	cuenta de cobro Liliana Mayo 1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta de cobro junio (Archivado)	CUENTA JUNIO GALAN_4.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta de cobro julio (Archivado)	DOC080420-08042020070931.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta de cobro junio.jpg (Archivado)	cuenta de cobro junio.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro febrero.pdf	cuenta de cobro febrero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta de cobro julio.pdf (Archivado)	cuenta de cobro julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro marzo.pdf	cuenta de cobro marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta de cobro mayo.pdf (Archivado)	cuenta de cobro mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro abril..pdf	cuenta de cobro abril..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro mayo..pdf	cuenta de cobro mayo..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro junio..jpg	cuenta de cobro junio..jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro julio..pdf	cuenta de cobro julio..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro agosto..pdf	cuenta de cobro agosto..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro septiembre.	DOC100420-10042020100316.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro octubre.	DOC111920-11192020091912.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro noviembre	DOC121020-12102020094830.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Documentos de ejecución del contrato

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< | Evaluación de la Entidad Estatal | >