DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ AMANDA PUENTES VANEGAS

C.C 52 .050 .990 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 diciembre 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2151-2020

Luz Amanda Puentes V

LUZ AMANDA PUENTES VANEGAS

C.C 52 .050 .990 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 450770031596

Escaneado con CamScanner

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:	LUZ AMANDA PUENTES VANEGAS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.050.990						
CORREO ELECTRONICO:	amandis36@gmail.com					3166328572						
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	450770031596								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2151-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		11 de11			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	11/26/2020	NÚMERO DE CRP	52961	FECHA	30/11/2020		
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.I.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 EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$19.079.250
VALOR EJECUTADO	$19.079.250
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
9413563211	$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 2020 Dos Mil Veinte . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ DARY TERAN	LUZ AMANDA PUENTES
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

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:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DEL SUR FARMACIA		Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN						
No. DE CONTRATO:	2151-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	12	2.020		31	12	2 020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ AMANDA PUENTES VANEGAS		C. C.	52.050.990		DE	BOGOTÁ		

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 __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 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	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 y adecuado almacenamiento según fechas de vencimiento.
conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred además de apoyar la implementación de los mismos	PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
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.
Garantizar el cuidado limpieza y buen estado de las areas correspondientes del almacenamiento de medicamentos y dispositivos medicos	PROGRAMADO	se realiza limpieza y desinfecion de estantes asignados	cronograma de limpieza y desinfecion
Garantizar el control de inventario	PROGRAMADO	se realizan aleatorios diarios de los estantes con los productos a cargo	diligenciamiento diario de conteo aleatorio
Se deligencia formato de doble chequeo del ciclo de medicamentos	PROGRAMADO	se realiza doble chequeo para detectar errores de alistamiento en la dispensacion	formato doble chequeo para dectectar errores de alistamiento de dispensacion

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 Luz Amanda Puentes 52050990

supervisor: Nombre completo y Firma de recibido

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

Escaneado con CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52050990		PUENTES VANEGAS LUZ AMANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 4 1 SUR 46	BOGOTA-BOGOTA D.E.	475733...	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo.	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-11	2020-11	826256508	9413563211	1	2020/12/22	2020/12/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				**1**	**$271,700**	**$0**	**$0**	**$271,700**

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Escaneado con CamScanner

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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ◯ Si ◉ 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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripcion	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	cuenta de cobro febrero2020.pdf	cuenta de cobro febrero2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta cobro marzo2020.pdf	cuenta cobro marzo2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro abril 2020.pdf	cuenta de cobro abril 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta mayo 2151-2020.pdf	cuenta mayo 2151-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta junio 2151-2020.pdf	cuenta junio 2151-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro agosto 2020.pdf	cuenta de cobro agosto 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro septiembre 2020.pdf	cuenta de cobro septiembre 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro octubre 2020.pdf	cuenta de cobro octubre 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro noviembre 2020.pdf	cuenta de cobro noviembre 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Escaneado con CamScanner