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	Fecha de aprobación	15/02/2018	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		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		12 de 12				
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020	NÚMERO DE CRP	59454	FECHA	31/12/2020			
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	1	2021		31	1	2021		
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:	$20.813.400
VALOR EJECUTADO	$20.813.400
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
9414298012	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Enero del año (2021) . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

P/A CESAR HUERFANO HERRERA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

OSCAR CARRANZA CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Fecha de aprobación	9/11/2016

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Sur Occidente E.S.E.

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DEL SUR FARMACIA		**Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN**					
No. DE CONTRATO:	2152-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2.021	31	1	2.021
	OSCAR CARRANZA CAICEDO		**C. C.**	79.526.227		**DE**	BOGOTA	

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 ___ N

OBLIGACIONES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS
información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue	PROGRAMADO	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	PROGRAMADO	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	PROGRAMADO	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	PROGRAMADO	Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes.	Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio.
realizar talleres de programa de cronicos	PROGRAMADO	se realiza la facturacion , dispensacion y entrega de medicamentos al peograma corazon a corazon	serealiza indicadores por taller y entrega adomicilio
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
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 # 13 y 15

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.734.450 UN MILLON SETESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROSCIENTOS CINCUENTA PESOS

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

OSCAR CARRANZA CAICEDO
79 526 227

supervisor:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido

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

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 Enero de 2021 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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79526227		CARRANZA CAICEDO OSCAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 43 sur # 72 q 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4800836	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-12	2020-12	16161072	9414298012	I	2021/01/08	2021/01/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	79526227	CARRANZA OSCAR	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS017	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

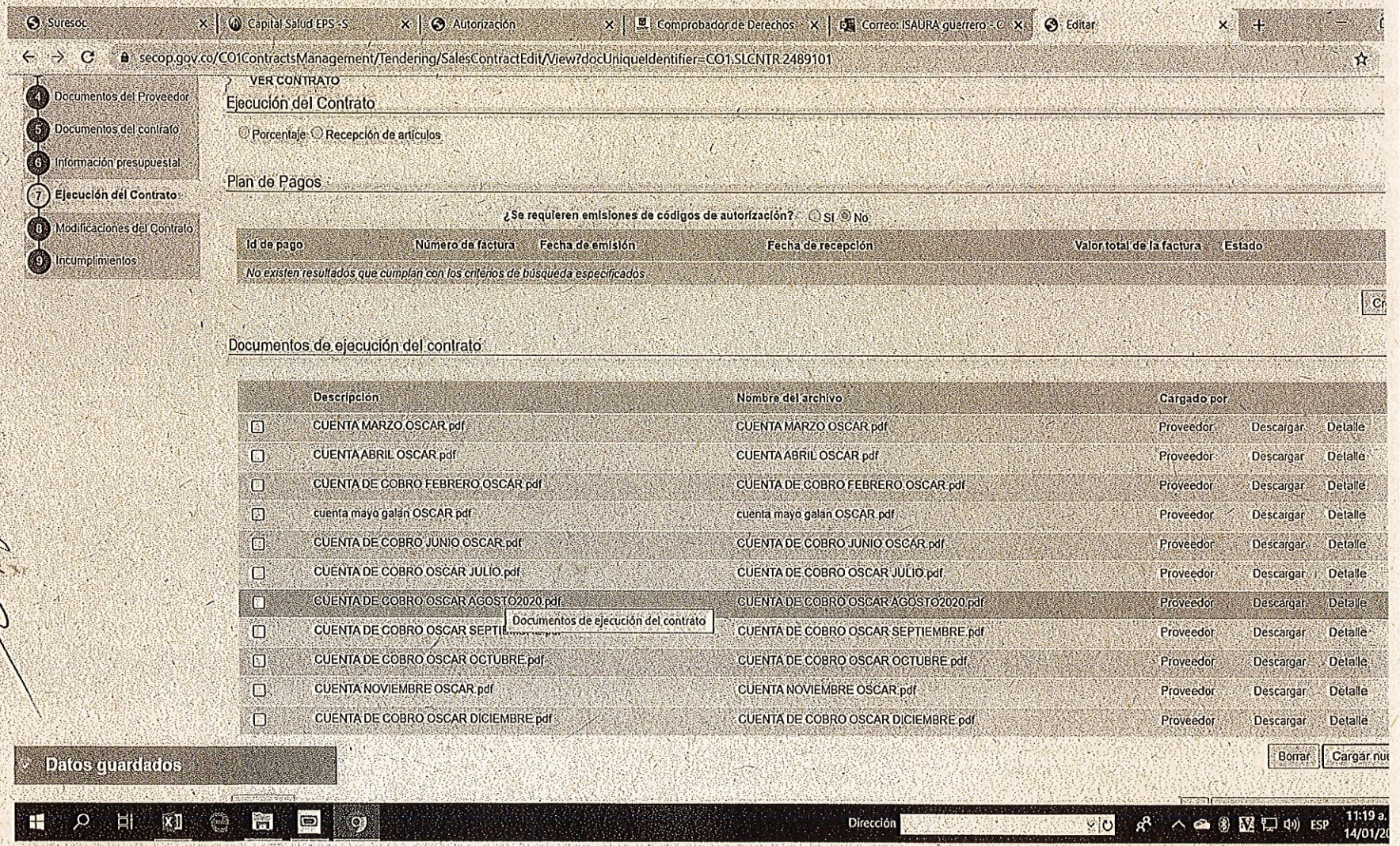
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79526227		CARRANZA CAICEDO OSCAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 43 sur # 72 q 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4800836	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	16161072	9414298012	I	2021/01/08	2021/01/04	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)				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


Suresoc
Capital Salud EPS -S
Autorización
Comprobador de Derechos
Correo: ISAURA guerrero - C
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.2489101
VER CONTRATO
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
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
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA MARZO OSCAR.pdf
CUENTA ABRIL OSCAR.pdf
CUENTA DE COBRO FEBRERO OSCAR.pdf
cuenta mayo galan OSCAR.pdf
CUENTA DE COBRO JUNIO OSCAR.pdf
CUENTA DE COBRO OSCAR JULIO.pdf
CUENTA DE COBRO OSCAR AGOSTO2020.pdf
CUENTA DE COBRO OSCAR SEPTIEMBRE.pdf
CUENTA DE COBRO OSCAR OCTUBRE.pdf
CUENTA NOVIEMBRE OSCAR.pdf
CUENTA DE COBRO OSCAR DICIEMBRE.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Documentos de ejecución del contrato
Datos guardados
Borrar
Cargar nue
Dirección
ESP
11:19 a.
14/01/20