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:	CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E			NO.	1033726550						
CORREO ELECTRONICO:	Karenlore_@hotmail.com					CELULAR:	3144346515						
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	487049319								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2149-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12			
NÚMERO DE CDP	1958		23/12/2020	NUMERO DE CRP	59451	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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8347658620	$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	CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO
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	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DEL SUR FARMACIA			**Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN**						
No. DE CONTRATO:	2149-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2.021		31	1	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO		**C. C.**	1.033.726.550		**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.SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo a las necesidades de la instituion

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI __

OBLIGACIONES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el programa taller de corazon a corazon y medicamentos a su casa	PROGRAMADO	relaiza una correcta dispensacion a las formulas de urgencias y ambulatorio	formulas dispensadas para 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 de formulas ambulatorios , formulasmedicamentos a su casa
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. Medicamentos y dispositivos medicos
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	PROGRAMADO	se realiza aseo del area de trabajo y estantes	Cronograma de limpieza semanal se realiza desifección de los estantes # 10 y 2 según el protocolo ubicado en almera
promover el manejo adecuado de los inventarios de cada una de las farmacias, para la cual debe presentar el personal asistencial los informes baja rotacion y proximos a vencer	PROGRAMADO	se realiza aleatorios mensuales se verifica fechas de vencimiento y la rotacion del medicamento	se entrega formato aleatorios semanal se semaforiza los medicamentos lasa y Mar
se realiza formato de lista de chequeo del ciclo del medicamento.	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: CC 1033726550	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:

CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO

C.C 1033726550 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 de Enero 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2149-2020

Caren Lopez M.

CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO

C.C 1.033.726.550 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 4870494319

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

Señor(a): CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO
No. Identificación: CC1033726550
Dirección: CRA 18 A NRO 54 -70 SUR
Telefono: 0000000
Correo: KARENLORE_@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8347658620

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1033726550	Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2020
Número de planilla	8347658620	Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2020
Fecha pago	2021-01-12	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	32434676	Total Pagado	271700
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

PAGADA

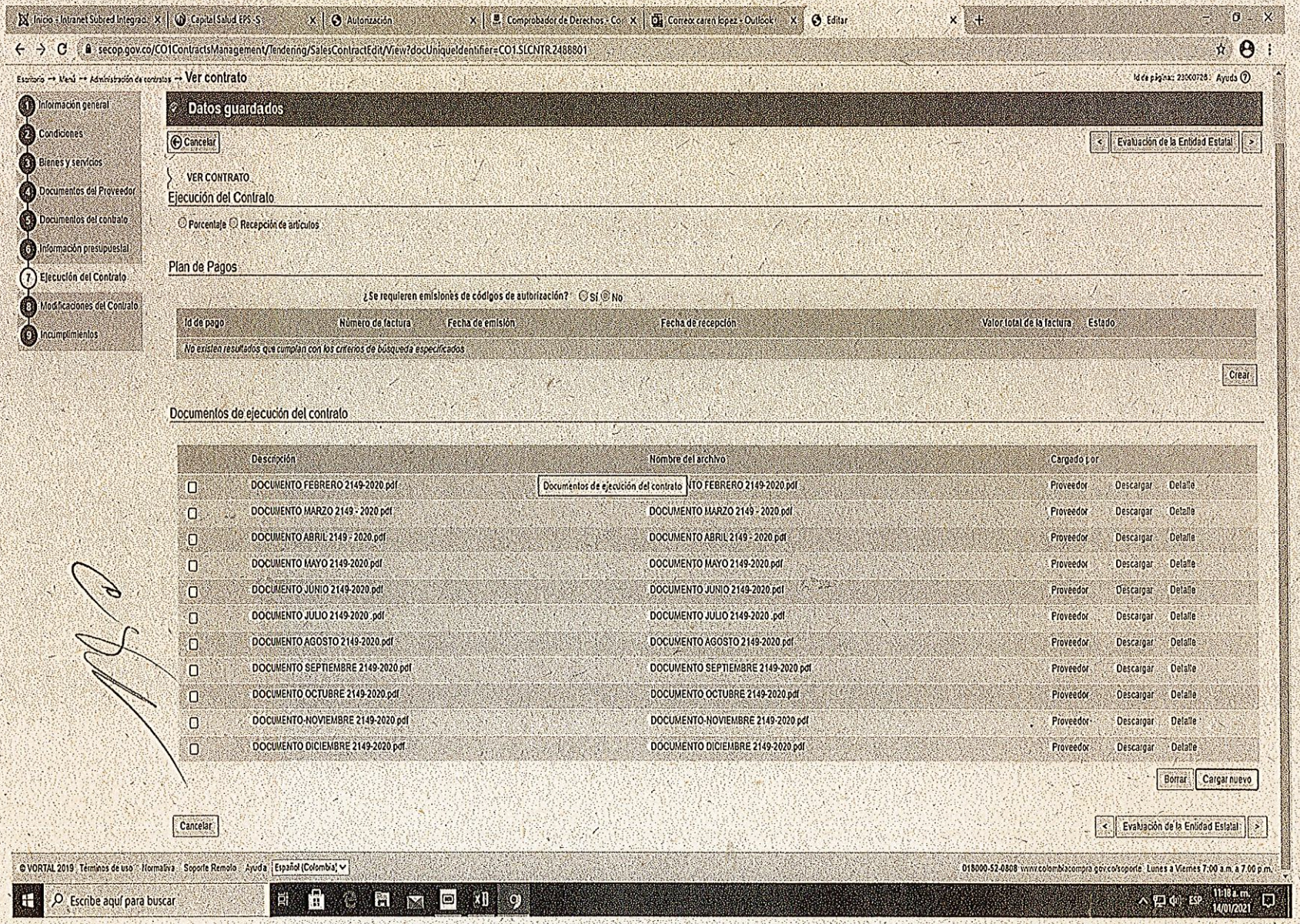
8347658620

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
231001	Colfondos	140500	1
EPS002	Salud Total EPS	109800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1033726550
APELLIDOS Y NOMBRES: CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	231001	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

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


Inicio - Intranet Subred Integrad...
Capital Salud EPS-S
Autorización
Comprobador de Derechos - Co
Correo caren lopez - Outlook
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.2488801
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Id de página: 23000726 Ayuda
1 Información general
2 Condiciones
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
Datos guardados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
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
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción Nombre del archivo Cargado por
DOCUMENTO FEBRERO 2149-2020.pdf Documentos de ejecución del contrato NTO FEBRERO 2149-2020.pdf Proveedor Descargar Detalle
DOCUMENTO MARZO 2149 - 2020.pdf DOCUMENTO MARZO 2149 - 2020.pdf Proveedor Descargar Detalle
DOCUMENTO ABRIL 2149 - 2020.pdf DOCUMENTO ABRIL 2149 - 2020.pdf Proveedor Descargar Detalle
DOCUMENTO MAYO 2149-2020.pdf DOCUMENTO MAYO 2149-2020.pdf Proveedor Descargar Detalle
DOCUMENTO JUNIO 2149-2020.pdf DOCUMENTO JUNIO 2149-2020.pdf Proveedor Descargar Detalle
DOCUMENTO JULIO 2149-2020 .pdf DOCUMENTO JULIO 2149-2020 .pdf Proveedor Descargar Detalle
DOCUMENTO AGOSTO 2149-2020.pdf DOCUMENTO AGOSTO 2149-2020.pdf Proveedor Descargar Detalle
DOCUMENTO SEPTIEMBRE 2149-2020.pdf DOCUMENTO SEPTIEMBRE 2149-2020.pdf Proveedor Descargar Detalle
DOCUMENTO OCTUBRE 2149-2020.pdf DOCUMENTO OCTUBRE 2149-2020.pdf Proveedor Descargar Detalle
DOCUMENTO-NOVIEMBRE 2149-2020.pdf DOCUMENTO-NOVIEMBRE 2149-2020.pdf Proveedor Descargar Detalle
DOCUMENTO DICIEMBRE 2149-2020.pdf DOCUMENTO DICIEMBRE 2149-2020.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Escribe aquí para buscar
ESP
11:18 a. m.
14/01/2021