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 TESORERÍA	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:	ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51783938						
CORREO ELECTRONICO:	anaisabelmontalalopez@gmail.com				CELULAR:	3057198742						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU57M05	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	419060470								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2188-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12			
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020	NÚMERO DE CRP	59486	FECHA	31/12/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Para prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE FARMACIA, dentro de lo diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUDSUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la instiitucion.									
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:

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
9414393235	$877.803,00	$103.600	$132.500	3	$20.200	**$256.300**

Dado en Bogotá a los ( ) 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:

Ana Isabel Montaña Lopez
ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ
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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS – FARMACIA		Sede: USS CARVAJAL						
No. DE CONTRATO:	2188-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	2.021		31	1	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA ISABEL MOTAÑA LOPEZ		C. C.	51.783.938		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ x

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el suario	SI PROGRAMADO	Recibe la formula verificar en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) facturar y entregar el medicamento al usuario	se dispensaron 1000 aprox formulas correspondientes a las eps-s cotratadas por la subred
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos	SI PROGRAMADO	Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema dinamica gerencial	se hizo el descargue de 5700 medicamentos aprox.
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido	SI PROGRAMADO	semaforizar oportunamente los medicamentoscon base en la recepcion tecnica realizada mensualmente.	Se realiza el almacenamiento adecuado, la semaforizacion de tableteria de la letra A a la O(color rojo inferior a seis meses), se registra los datos de la recepcion tecnica en medio magnetico
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	SI PROGRAMADO	programar semanalmente la limpieza de estanterias y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos	se realiza limpieza semanalmente de estanteria así: 9, 23, y 28 Enero de la letra A a la O de tableteria y al mismo tiempo reviso el almacenamiento correcto.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI PROGRAMADO	Realizar la entrega oportuna de los medicamentos de eventos de FFDS	Se entregan medicamentos de 2 eventos de FFDS.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	SI PROGRAMADO	Realizar la entrega oportuna de los informes solicitados que intervienen en el proceso de calidad	Se entrega matriz de riesgos con los respectivos soportes. (Recepción técnica, Errores de dispensación, Errores de prescripción, Pendientes y Registro de fórmulas entregadas.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que éste certifique el cumplimiento	SI PROGRAMADO	Registrar las actividades desempeñadas durante el mes.	Se entrega las actividades al supervisor para la respectiva verificación y firma.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	SI PROGRAMADO	Velar por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo	A la fecha los elementos de trabajo que se encuentran a mi cargo están en buenas condiciones.
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	SI PROGRAMADO	Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes, formulas mal diligenciadas	Interdiariamente registro la información de la matriz de riesgos en el DRIVE.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI PROGRAMADO	Descargar planilla de aportes para el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales	Se entrega oportumantente impresa la planilla de salud con la información de ARL y Aportes Pensional.
Observaciones:			

TOTAL A PAGAR (Número y letras):1,734,450 UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/C

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Ana Isabel Montaña C. 51'783938

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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:

ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ

C.C 51.783.938 de Bogotá

La suma de $ 1.734.450, por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS durante el periodo de 01 al 31 de Enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2188-2020

Ana Isabel Montaña L.

ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ

C.C 51.783.938 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 419060470

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51783938		ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ	INDEPENDIENTE	Principal	kra77 L No 51A64 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7112245	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	853662329	9414393235	I	2021/01/13	2021/01/07	BANCOLOMBIA	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

2021/01/06 09:18 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51783938		ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ	INDEPENDIENTE	Principal	kra77 L No 51A64 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7112245	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	853662329	9414393235	I	2021/01/13	2021/01/07	BANCOLOMBIA	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	51783938	MONTAÑA ANA	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS005	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

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		
☐	cuenta de cobro abril.pdf	cuenta de cobro abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro febrero.pdf	cuenta de cobro febrero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro mayo.pdf	cuenta de cobro mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO ANA ISABEL MONTAÑA.pdf	CUENTA MARZO ANA ISABEL MONTAÑA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 2020 ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ.pdf	MAYO 2020 ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 2020 ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ.pdf	JUNIO 2020 ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO 2020 ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ.pdf	JULIO 2020 ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO 2020 ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ.pdf	AGOSTO 2020 ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta septiembre ana isabel montaña.pdf	cuenta septiembre ana isabel montaña.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta octubre ana isabel montaña (1).pdf	cuenta octubre ana isabel montaña (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE ANA ISABEL MONTAÑA.pdf	CUENTA DICIEMBRE ANA ISABEL MONTAÑA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >