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:	ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.783.938							
CORREO ELECTRONICO:	ANAISABELMONTANALOPEZ@GMAIL.COM				CELULAR:	3057198742							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PUENTE ARANDA												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO						SEDE	USS CARVAJAL					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU57 M05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO 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:	2500-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 3				
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	12895	FECHA	31/01/2021				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación 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 – Apoyo Administrativo facturador Consulta Externa I**										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	2	2021		28	2	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450										
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$5.203.350
VALOR EJECUTADO	$1.734.450
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.468.900
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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 $2.271.315, 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
9415562848	$908.526.00	$145.400	$113.600	3	$22.200	**$281.200**

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

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:	2500-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	2	2.021		28	2	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: 5, 19, y 25 febrero 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 este 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 Motaña Lopez

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 51783938 DE Bogotá

La suma de un millón setecientos treinta y cuatro mil cuatrocientos cincuenta mil m/cte. $1.734.450, por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o Asistencial en el área de Farmacia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E como Auxiliar de farmacia, durante el periodo de 1 al 28 FEBRERO de 2021 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2500-2021

Ana Isabel Montaña L.

ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ
C.C 51783938 DE Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA
NUMERO 419060 470

aportes en línea

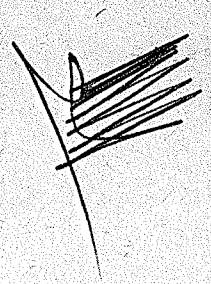
Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonérado 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
2021-01	2021-01	55539409	9415562848	I	2021/02/09	2021/02/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC 51783938	MONTAÑA ANA	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0



2021/02/08 01:04 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	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	55539409	94155562848	1	2021/02/09	2021/02/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200



2021/02/08 01:04 PM