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:	JENNY PAOLA FIRAVITOBA CALDERON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1010179714							
CORREO ELECTRONICO:	jennyfiravitoba@gmail.com				CELULAR:	3112347086							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**CAPS ZONA FRANCA (FO08)**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA FO08)				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO08M05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	007170480979								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**2169-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	**7**						
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	**NÚMERO DE CRP**	30240	**FECHA**	31/07/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de farmacia, dentro de los diferentes procesos y porcedimientos 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	8	2020		31	8	2020			
VALOR HORA:	$11.082										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	$0								

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:	$14.428.764
VALOR EJECUTADO	$14.428.764
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.061.252
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 $2.194.507, 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**
4345431916	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá en el mes de Agosto del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jenny Firavitoba

JENNY PAOLA FIRAVITOBA CALDERON
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	)4-02-FO-000:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**CAPS ZONA ZONA**					**Sede: FONTIBON**				
No. DE CONTRATO:	**2169-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	8	2.020		31	8	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**JENNY PAOLA FIRAVITOBA CALDERON**		**C. C.**	**1.010.179.714**			**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 ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar el proceso de dispensacion y suministro de los medicamentos y dispositivos medicos en forma oportuna	SI	Se realiza apoyo diario durante el servicio	Formulas diarias a facturacion
Apoyar el proceso de recepcion tecnica de los medicamentos y dispositivos medicos que lleguen por parte de los proveedores y velar que estos cumplan con las condiciones tecnicas requeridas por la institucion.	SI	Se realiza acta de recepcion tecnica a cada una de los medicamentos ingresados a la farmacia por traslado y/o factura proveedor	Acta de recepcion tecnica mensual Formato 08-04-FO-0057
Validar que las cantidades y descripciones de los pedidos llegados correspondas a las solicitadas	SI	Se realiza seguimiento al pedido solicitado vs cantidades despachadas del proveedor	Seguimiento mensual al pedido realizado
Realizar seguimiento a los inventarios que sean ingresados a la farmacia a su cargo.	SI	Seguimiento y verificacion del kardex ciclicos e inventario valorizado	Informe de Inventario 08-04-FO-0126
Realizar la verificacion de lo ordenado frente al dispensarlo y hacerlo los respectivos registros en el sistema de informacion.	SI	Revision de facturacion vs formula medica	Entrega facturacion diaria
Validar los informes de proximos vencimientos de medicamentos y dispositivos medicos y si estos no son reportados a tiempo, realizar la comunicación al coordinador del servicio farmaceutico para tramitar su respectivo descuento de nomina.	SI	Seguimiento y verificacion de medicamentos proximos a vencer	Entrega informe mensual proximos a vencer 08-04-FO-0054
Realizar auditoria a los movimientos de control especial y estructurar los informes de movimientos, garantizando que los datos registrados sean confiables y veridicos y remitirlos al coordinador del servicion farmaceutico.	SI	No se manejan medicamentos de control de especial en la farmacia ambulatoria zona franca	N/A
Apoyar y monitorizar el proceso de solicitud de reposicion de medicamentos y dispositivos medicos realizando un adecuado proceso de planeacion de los pedidos según tiempos de reposicion establecidos.	SI	Se realiza solicitud de pedido de acuerdo a las necesidades del servicio	Pedido Mensual
Promover el manejo adecuado de los inventarios de cada una de las farmacias, para lo cual debe presentar al personal asistencial los informes de baja rotacion de inventarios y proximo vencimiento de medicamentos y dispositivos medicos y/o gestionar con otras farmacias su rotacion para evitar que estos se venzan.	SI	Realizar seguimiento y verifircacion de las actividades entregadas por cada uno de los auxiliares de farmacia	Indicadores mensuales Proximos a vencer Baja rotacion
Realizar seguimiento a los inventarios aleatorios y arqueos planteados por los auxiliares de la farmacia.	SI	Realizar Verificacion de los conteos entregados por auxiliares de farmacia	Indicadoes mensuales Matriz de riesgo POA
Apoyar al quimico farmaceutico y/o coordinador del servicio farmaceutico en la gestion y presentacion de informes a las diferentes entidades de control.	SI	Se realizan actividades asignadas por el Quimico Farmaceutico	Indicadores mensuales Matriz de riesgo POA
Realizar la estructuracion y entrega de los informes de gestion que sean requeridos por el Quimico Farmaceutico y/o cordinador del servicio Famaceutico.	SI	Seguimiento y diligenciamiento de cada uno de los formato establecidos para la entrega de informes mensuales a los entes de control	Indicadores mensuales Matriz de riesgo POA
Realizar la verificacion y velar por el cumplimiento del diligenciamiento los registros de los datos en los formatos establecidos por el servicio farmaceutico para soportar su gestion.	SI	Realizar seguimiento y verifircacion de las actividades entregadas por cada uno de los auxiliares de farmacia	Procesos y procedimientos
Llevar a cabo los controles para asegurar el uso racional de los medicamentos y dispositivos medicos.	SI	Realizar verificacion de controles de temperatura y humedad Se remiten pacientes a consulta Asesoria Farmacologica en programas corazon a corazon y cerca a casa.	Procesos y procedimientos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2,061,252 (DOS MILLONES SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CIENCUENTA Y DOS MIL)

Jenny Firavitoba 1010179714

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1010179714
N SOCIAL:			JENNY PAOLA FIRAVITOBA CALDERON
IO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
	CALLE 1 F 2 A 25	TELÉFONO:	3921057
E:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ENTACIÓN:	ÚNICO		
NERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4345431916		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2020		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/08/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		495436800

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201- PROTECCION	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
									$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
												$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
								$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: MBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
VITOBA DERON NY LA	NDEPENDIE NTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 877.803				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN												SALUD						ARP						PARAFISCALES							
ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803	101017971	$ 21.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0			

TOTAL	$ 271.700

Planilla Pagada