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:	**2169-2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	**11**					
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/112020	**NÚMERO DE CRP**	52976	**FECHA**	30/11/2020			
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	12	2020		31	12	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:	$22.673.772
VALOR EJECUTADO	$22.673.772
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**
4363574546	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	4-02-FO-000	

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	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRAT	**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

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMA	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	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	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
NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 1010179714

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
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1010179714
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNY PAOLA FIRAVITOBA CALDERON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 1 F 2 A 25	TELÉFONO:	3921057
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4363574546**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0748249371

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 140.500
SUBTOTAL:			1	**$ 140.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 109.800
SUBTOTAL:			1	**$ 109.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 21.400
SUBTOTAL:			1	**$ 21.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 271.700**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JENNY PAOLA FIRAVITOBA CALDERON

C.C. 1010179714 DE BOGOTA

La suma de $2.061.252 Dos millones sesenta y un mil doscientos cincuenta y dos mil pesos m/cte, por concepto de: Prestación de Servicios como Regente de Farmacia, en el Área de Farmacia del CAPS Zona Franca, con un total de 186 horas, valor hora de $ 11.082 durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **2169-2020**

Jenny Firavitoba

JENNY PAOLA FIRAVITOBA CALDERON

C.C. 1010179714 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007170480979