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	%
	A40	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:	2411-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5					
NÚMERO DE CDP	962	FECHA	28/05/2018	NÚMERO DE CRP	25751	FECHA	31/05/2018				
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	6	2018		30	6	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:											
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:	$9.366.960
VALOR EJECUTADO	$9.366.960
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.873.392
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 $**1.953.105**, 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
4218114275	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Junio del año Dos Mil diesciocho (2018). 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	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA ZONA						Sede: FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	2411-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	6	2.018		30	6	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATIST	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 la dispensacion de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario	SI	Se apoya en la prestacion del servicio	Recepcion tecnica mensualmente
Apoyar el proceso de recepcio tecnica de los medicamentos y dispositivos medicos que lleguen de los proveedores y que estos cumplan con las condiciones tecnicas requeridas por la institucion.	SI	Se realiza la recepcion tecnica de cada uno de los medicamentos que ingresan a la farmacia de acuerdo a la solicitud mensual.	Recepcion tecnica mensual
Realizar seguimiento a los inventario que sean ingresados a la farmacia a cargo	SI	Se realiza la verificacion en el sistema de datos	Se realiza seguimiento a la facturacion diaria
Realizar los informes de proximos vencimientos de medicamentos y dispositivos medicos y si estos no son reportados a tiempo realizar la comunicación al cordinador del servicio farmaceutico para tramitar su respectivo descuento de nomina.	SI	Se realiza la revision y seguimiento a los informes entregados por la auxiliares de farmacia	Se realiza supervision a las actividades de auxiliares de farmacia
Realizar auditoria a los movimenot s de medicamentos de control especial y estructurar los informes de movimientos, garantizando que los datos registrados sena confiables y veridicos y remitirlos al coordinador del servicion farmaceutico.	SI	No aplica no se manejan medicamentos de control especial	No se manejan en la farmacia
Apoyar y monitorizar el proceso de solicitud de reposicion de medicamentos y dispositivos medicos realizando un adecuado proceso de planeacion de los pedidos según tiempo de reposicion establecido	SI	Se realizo el solicitud mensual	Se realiza pedido mensual al area encargada
Promover el manejo adecuado de los inventario de cada una de las farmacias,para lo cual debe presentar al personal asistencial los informes de baja rotacion de inventarios y proximos vencimiento de medicamentos y dispositivos medicos y/o gestionar con otras farmacias su rotacion para evitar que estos se	SI	Se cuida del inventario en insumos para desempeñar la labores asignadas	Informe proximos a vencer Informe medicamentos de baja rotacion
Realizar seguimiento a los inventarios aleatorios y arqueos planteados por los auxiliares de farmacia.	SI	Se realiza seguimiento	Supervision y seguimiento a los conteos aleatorios
Apoyar al quimico farmaceutico y/o cordinador del servicio farmaceutico en la gestion y presentacion de informes de diferentes entidades de control	SI	Se realiza la gestion oportunamente	Indicadores mensuales
Realizar la estructuracion y entrega de los informes de gestion que san requeridos por el Quimico farmaceutico y/o cordinador del servicio farmaceutico.	SI	Se entregan oportunamente los informes requeridos	Informes mensuales de 1 al 5 de cada mes
Realizar la verificacion y velar por el cumplimiento del dilligenciamiento los registros de los datos en los formatos establecidos por el servicio farmaceutico	SI	Se informa oportunamente las fallas presentadas durante la prestacion del servicio.	Reporte tiket por almera
Llevar a cabo los controles para asegurar el uso racional de los medicamentos y dispositovos medicos	SI	Dentro de los servicios se implementan los procedimientos	Procesos y procedimientos aplicados en el servicio farmaceutico+
manejar los medicamentos de control especial y monopoliio del Estado conforme a la normatividad vigente.	SI	No se manejan medicamentos de control especial	No se manejan en la farmacia
Apoyar el desarrollo de la politica institucional de medicamentos y los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia,u so racional de antibioticos y programa se seguridad del paciente.	SI	Dentro de los servicios se implementan los procedimientos	Procesos y procedimientos aplicados en el servicio farmaceutico
participar en la capacitaciones y reuniones convocadas y realizar convocadas y realizar retroalimentacion al personal de la farmacia y asistencial de los temas	SI	Se asiste oportunamente a reuniones programadas	Planilla de asistencia
Verificar al desempeño de los auxiliares de farmacia a cargo y emitir los respectivos informes al quimico farmaceutico y/o cordinador del servicio farmaceutico	SI	Se informa oportunamente las falencias en el desempeño de los auxiliares de farmacia	Acta de reunion
Responder asistencial y administrativamente por los inventarios de medicamentos y dispositivos medicos que le sean asignados	SI	Se responde de acuerdo a la necesidad del servicio	Inventario general
Conocer y dar cumplimiento a la documentacion propia del servicio farmaceutico(manual de procesos y procedimientos)	SI	Dentro de los servicios se implementan los procesos y procedimientos	Procesos y procedimientos que aplican a la farmacia
Realizar las correcciones,acciones correctivas y/o preventivas de acuerdo a los planes de mejoramiento relacionados con los procesos del servicio farmaceutico.	SI	Dentro de los servicios se implementan los procedimientos	Acta de reunion
Dar cumplimiento a los lineamientos y directrices emitidas por el quimico farmaceutico y/o cordinador de la farmacia.	SI	Se cumple oportunamente con las directrices emitidas por el Quimico Farmaceutico	Se siguen directrices

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,873,392 (UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS

Jenny firavitoba
NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: C-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
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

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:		Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4218114275	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Junio	AÑO 2018
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2018/06/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9999441912

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									**$ 19.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES				
																										PENSIÓN								SALUD							ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																			CCF		SENA		ICBF	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1010179714	FIRAVITOBA CALDERON JENNY PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242				NO																	230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-28-SURATEP-AGRICOLA	30	$ 781.242	101017971	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 241.800**