

	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:				GISELA NEIRA QUITIAN											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1.023.931.807						
CORREO ELECTRONICO:				GISELANEIRA1@GMAIL.COM				CELULAR:		3144343963					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:															
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FARMACIA				SEDE:		Pablo VI					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		PA16M05	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				BBVA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				74111147						PENSIONADO		No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2040-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 DE 3							
NÚMERO DE CDP		29		FECHA		8/01/2020		NÚMERO DE CRP		18553		FECHA		29/02/2020					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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..															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DÍA		MES		AÑO		HASTA		DÍA		MES		AÑO	
						1		4		2020				30		4		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.377.330															
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				NO APLICA							
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.																			

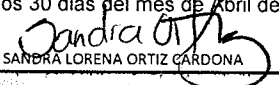
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$4.131.990
VALOR EJECUTADO	\$4.131.990
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.377.330
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
41406243	\$877.803	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Abril del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



GISELA NEIRA QUITIAN

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN D	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

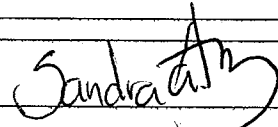
Ubicación del Servicio:	FARMACIA	Sede:	PABLO VI														
No. DE CONTRATO:	2040-2020	Período certificado desde el	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td>a</td> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>4</td> <td>2020</td> <td></td> <td>30</td> <td>4</td> <td>2020</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	4	2020		30	4	2020
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año											
1	4	2020		30	4	2020											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GISELA NEIRA QUITIAN	C. C.	1023931807 DE BOGOTÁ														

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Asistencial 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 X NO Servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Aplicar los procesos, subprocesos, procedimientos y normas Institucionales durante la ejecución de las actividades	SI	1. Aplicar los procesos, subprocesos, procedimientos y normas Institucionales durante la ejecución de las actividades	Como se contempla en la intranet y mapa de riesgos de la institución y en los aplicativos hims e hipocrates
2. Conocer y manejar el portafolio de servicios del Hospital, las estrategias para acceder a los servicios, el modelo de atención, las herramientas de atención, escucha y participación de los ciudadanos.	SI	2. Conocer y manejar el portafolio de servicios del Hospital, las estrategias para acceder a los servicios, el modelo de atención, las herramientas de atención, escucha y participación de los ciudadanos.	hacer retroalimentación del plan de beneficios, el modelo de atención, las herramientas de atención, escucha y participación de los ciudadanos. Contapladas en el intranet
3. Llevar a cabo las estrategias de acceso, demanda inducida y atención al usuario definidas por el Hospital	SI	3. Llevar a cabo las estrategias de acceso, demanda inducida y atención al usuario definidas por el Hospital	haciendo una buena orientación el cliente externo e interno para acceder a los servicios ofertados por el hospital
4. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones y presentación individuales, haciendo uso de su vestuario (pantalón negro y/o azul oscuro y camisa blanca) así como el uso de la corbata o pañoleta con los colores institucionales, de acuerdo con lineamiento de la entidad.	SI	4. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones y presentación individuales, haciendo uso de su vestuario (pantalón negro y/o azul oscuro y camisa blanca) así como el uso de la corbata o pañoleta con los colores institucionales, de acuerdo con lineamiento de la entidad.	
5. Participar activamente en los espacios institucionales programados, con el fin de generar actualización en información relacionada con directrices institucionales, legales y/o contractuales.	SI	5. Participar activamente en los espacios institucionales programados, con el fin de generar actualización en información relacionada con directrices institucionales, legales y/o contractuales.	asistir de forma adecuada y cumpliendo el horario de la capacitación asignada, firmando la asistencia y retroalimentar al equipo de trabajo
6. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional, y responder por la pérdida de recursos físicos, electrónicos y efectivo que se pueda presentar en cumplimiento de sus actividades.	SI	6. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional, y responder por la pérdida de recursos físicos, electrónicos y efectivo que se pueda presentar en cumplimiento de sus actividades.	cuidar los equipos de oficina y centros de computo, teniendo en cuenta la buena manipulación de los mismos y reportar cualquier al área en cargada
7. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la	SI	7. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la	realizar la auto evaluación de las actividades asignadas e implementar acciones de mejora para realizar acabadidad los actividades, e informar al líder los posibles
8. Cooperar al cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área asignada	SI	8. Cooperar al cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área asignada	realizar las actividades asignadas con calidad y cumpliendo las metas en el tiempo estipulado
9. Apoyar y participar en las actividades de interés del área y del Hospital, cuando sea requerido.	SI	9. Apoyar y participar en las actividades de interés del área y del Hospital, cuando sea requerido.	lista de asistencia a la actividad y buena disposición
10. Realizar autocontrol Sobre la ejecución de sus actividades.10. Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la	SI	10. Realizar autocontrol Sobre la ejecución de sus actividades.10. Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la	con tributos y aplicar el código de buen gobierno y código de ética
11. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar	SI	11. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar	En el intranet y acta de compromisos
12. Realizar conteos ciclos para verificación y control de kardex	SI	12. Realizar conteos ciclos para verificación y control de kardex	realizar los conteos ciclicos registrarlos y compararlos con Dinamica
13. apoya en digitacion cerca a casa cronicos	SI	13. apoya en digitacion cerca a casa cronicos	realiza digitacion en el sistema Dinamica

OBSERVACIONES:
TOTAL A PAGAR (Número y letras): MILLON TRECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL TRECIENTOS TREINTA PESOS (\$1.377.330)

Gisela Neira Quitian. cc.1023931807 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA-GISELA NEIRA QUITIAN CC 1023931807 DE BOGOTÁ	Fecha : 30/4/2020 Firma de recibido supervisor: 
--	---

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1023931807	GISELA NEIRA QUITAN		CALLE 48 SUR No 5-31	36576719	giselaneira1@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$272.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860056942-7	109.800

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860056942-7	109.800	0	0	0	0	6	500	0	110.300	1	

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aports FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colación	Valor Mora Colación	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (INS + Proteccion)	800229739-0	140,500	0	0	0	0	6	600	0	141,100	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas		Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor				
14-11	ARL SUPA	896003790-5	21.400					21.400	6	100	21.500			214	21.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF		Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valores antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	110.300
Pensión	1	140.500	141.100
Riesgos Laborales	1	21.400	21.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
IOCBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	272.900

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1023931807	GISELA NEIRA QUITIAN	CALLE 48 SUR No 5-31
FORMA PRESENTACIÓN		CLASE APORTANTE	CÓDIGO
ÚNICA		1 - Independiente	
		NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
			BOGOTÁ D.C.
		CIUDAD / MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO
		CORREO	giselaneira1@gmail.com
		TELÉFONO	3657619

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIAÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
					UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-03	2020-03	1	08/04/2020	41408243	\$272.900

DETALLE POR COTIZANTE																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PERSONA				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	CCAF	AFP	IBCF AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Afiliado	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBCF ARL	IBCF CCF	Código CCF	IBCF CCF	Aporte CCF	IBCF otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN									
1	CC	1023931807	NEIRA QUITIAN GISELA				230201	877.803	140.500	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14.11	877.803	3	21.400	0	0	0	0	0	0								

PAGADA