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 CAROLINA SILVA CORTES												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53.031.144							
CORREO ELECTRONICO:	jcsilvacortes@hotmail.com				CELULAR:	3202314412							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	USS KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	M05KE10	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
	057000487037624 3								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4352-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 DE 7				
NÚMERO DE CDP	1242	FECHA	27/08/2020	NÚMERO DE CRP	37314	FECHA	30/08/2020			
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	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2020		30	9	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.061.252									
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										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13.741.680
VALOR EJECUTADO	$13.741.680
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 $2.194508, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
44988183	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

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

LUZ DARY TERAN MERCADO
Lider Servicio Farmacéutico
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Carolina Silva

JENNY CAROLINA SILVA CORTES
Regente de Farmacia
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:	SERVICIO FARMACEUTICO					Sede: USS KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	4352-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	9	2.020		30	9	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY CAROLINA SILVA CORTES		C. C.		53.031.144		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 TECNOLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI _X__ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar la verificación de lo ordenado frente al dispensado y hacer los respectivos registros en el sistema de información.	**Programado**	Realizar seguimiento de la información recibida de las diferentes unidades de la Sub Red.	Se gestionó la revisión en DRIVE de los diferentes registros de fórmulas recibidas y dispensadas de la Sub Red para la entrega de la matriz de riesgos.
Validar que las cantidades y descripciones de los pedidos llegados correspondan a las solicitadas.	**Programado**	Se realiza verificacion de las solicitudes de medicamentos realizadas por las farmacias de la USS Kennedy, las ordenes de compra realizadas a los proveedores y los comprobantes de entrada de las facturas que ingresan al almacen y a la famracia de suministros, identificando los pendientes de cada uno de los proveedores.	Archivo de pendientes de proveedores
Validar los informes de próximos vencimientos de medicamentos y dispositivos médicos y si estos no son reportados a tiempo, realizar la comunicación al coordinador del servicio farmacéutico para tramitar su respectivo descuento de nómina.	**Programado**	Consolidacion de los medicamentos y dispositivos medicos de baja rotacion y proximos a vencer de todas las farmacias de la Subred para ser ofertadas a las diferentes clinicas y hospitales de la ciudad.	archivo con la información consolidada.
Apoyar al químico farmacéutico y/o coordinador del servicio farmacéutico en la gestión y presentacion de informes a las diferentes entidades de control.	**Programado**	Gestionar lo solictado por el químico farmacéutico acerca de los informes de los entes de control.	Se consolidó información de los informes de los entes de control (CAPITAL SALUD Y UNICAJAS), se realizo y envio informe de oseltamivir a la SDS, se consolido y envio informes del programa cerca a casa a la Eps Capital Salud
Realizar la estructuración y entrega de los informes de gestión que sean requeridos por el Químico Farmacéutico y/o Coordinador del servicio farmacéutico.	**Programado**	Gestionar lo solictado por el químico farmacéutico acerca de los informes de gestión.	Se consolidó información de los informes de gestión (Errores de prescripcion, dispensacion y medicamentos pendientes de la subred)
Realizar la verificación y velar por el cumplimiento del diligenciamiento los registros de los datos en los formatos establecidos por el servicio farmacéutico para soportar su gestión.	**Programado**	Gestionar lo solicitado por el Químico Farmacéutico acerca de los informes de gestión a traves de DRIVE	Se registraron de manera correcta la información en los formatos establecidos (08-04-FO-0113 V3 , 08-04-FO-0061 V4 Y 08-04-FO-0059 V2)
Realizar auditoria de los carros de paro, kits y equipos de reanimación de los diferentes servicios y emitir informe por escrito de los hallazgos a los coordinadores del área asistencial.	**Programado**	se realiza auditoria de los carros de paro de especialidades, sala de partos, kit de codigo rojo.	formatos diligenciados para realizar su respectiva acta con la informacion encontrada en cada uno de los carros auditados, se realizaron cambios y reposiciones de medicamentos y dispositivos faltantes y proximos a vencer
Apoyar el desarrollo de la política institucional de medicamentos y los programas de farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Uso racional de Antibióticos y programa de seguridad del paciente.	**Programado**	Hacer seguimiento de los lineamientos de los programas de Farmacovigilancia,Tecnovigilancia y Seguridad del paciente.	Se revisa diariamente en el DRIVE los errores de prescripcion y dispensacion con los respectivos soportes de los eventos adversos y/o incidentes.
Conocer y dar cumplimiento a la documentación propia del servicio farmacéutico (Manuel de Procesos y Procedimientos).	**Programado**	Consultar los procesos y procedimientos establecidos por la Subred e informar incongruencias en el caso que se presente.	Se socializó y se consultó la última actualización de los diferentes procesos y procedimientos del Servicio Farmacéutico en ALMERA.
Dar cumplimiento a los lineamientos y directrices emitidas por el Químico farmacéutico y/o coordinador de la farmacia.	**Programado**	El Químico programó una serie de actividades de apoyo para las farmacia Suministros.	Apoyo en cosolidacion de bases de datos.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.061.252 DOS MILLONES SESENTA Y UNMIL DOCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE.

CAROLINA SILVA . cc 53.031.144 BK

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53031144	JENNY CAROLINA SILVA CORTES	CALLE 49 SUR # 88C - 50 INT 77	3093309	jcsilvacortes@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-08	2020-08	I	01/09/2020	44988183	$277.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	5.300	0	0	5.300	1

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. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	5.300	5.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	277.000	277.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JENNY CAROLINA SILVA CORTÉS

C.C 53.031.144 DE BOGOTÁ

La suma de **$(2.061.252)** Dos millones sesenta y un mil doscientos cincuenta y dos pesos m/cte., por concepto de: 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, durante el periodo de **01** al **30** de **SEPTIEMBRE/20** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **4352-2020**

Carolina Silva.

JENNY CAROLINA SILVA CORTÉS

C.C.53.031.144 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0570004870376243

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 9 16:37
JENNY CAROLINA SI...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página: 20060726 Ayuda

1. Información general
2. Condiciones
3. Bienes y servicios
4. Documentos del Proveedor
5. Documentos del contrato
6. Información presupuestal
7. **Ejecución del Contrato**
8. Modificaciones del Contrato
9. Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	[illegible]	[illegible]		Descargar	Detalle
☐	ACTIVIDADES MARZO.pdf	ACTIVIDADES MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTIVIDADES ABRIL.pdf	ACTIVIDADES ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTIVIDADES MAYO.pdf	ACTIVIDADES MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTIVIDADES JUNIO.pdf	ACTIVIDADES JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTIVIDADES JULIO.pdf	ACTIVIDADES JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTIVIDADES AGOSTO.pdf	ACTIVIDADES AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Documentos de ejecución del contrato

Borrar | Cargar nuevo