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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY RUBIELA HERNANDEZ ROJAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52529541							
CORREO ELECTRONICO:	JENNYRHROJAS@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3144805357							
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	71457520535								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2047-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12				
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020	NÚMERO DE CRP		59369	FECHA	31/12/2020			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP			FECHA				
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.**										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA		MES	AÑO			
		1	1	2021		31	1	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,734,450										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	NO APLICA								

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$20,813,400
VALOR EJECUTADO	$20,813,400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,734,450
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9414387048	$877,803.00	$109,800	$140,500	3	$21,400	**$271,700**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de (Enero) del año Dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JENNY RUBIELA HERNANDEZ ROJAS
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:	FARMACIA			**Sede:** PABLOVI					
No. DE CONTRATO:	2047-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2,021		31	1	2,021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY RUBIELA HERNANDEZ ROJAS		**C. C.**	52.529.541			**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 _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar la dispensacion de medicamntos acorde con la formula médica presentada por el usuario	SI	1. Apoyar la dispensacion de medicamntos acorde con la formula médica presentada por el usuario	Se realiza la dispensacion aplicando los 5 correctos de dispensacion y los 4 inequivocos de acuerdo al procedimiento.
2.Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de informacion la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue.	SI	2.Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de informacion la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue.	Aplicando el sistema Dinámica según como lo establece la institución.
3.Apoyar en la gestión y conservacion de los medicamentos según el procedimiento establecido	SI	3.Apoyar en la gestión y conservacion de los medicamentos según el procedimiento establecido	Se realiza verificacion de fechas de vencimiento,control de temperatura y humedad, y la buena practica de almacenamiento.
4.Apoyar las condisiones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.	SI	4.Apoyar las condisiones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.	Llevando acabo el protocolo de limpieza establecido formatos 02-02-FO-0012 y 02-02-FO-0045.
5.Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad,oportunidad e integralidad.	SI	5.Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad,oportunidad e integralidad.	Aplicando los protocolos,instrutivos,procedimientos y formatos del servicio y programa cerca a casa.
6.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Gartantias de la Calidad según requerimientos de la subred.	SI	6.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Gartantias de la Calidad según requerimientos de la subred.	Cumplir con la mayor totalidad de las normas implementadas en el servicio.
7.Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	7.Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Se envia informe el primer dia de cada mes soportado con los formatos establecidos por Almera que corresponden al servicio y programa cerca a casa.
8.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	SI	8.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Son acciones de actitud y compromiso con la institución, no aplica para diligenciar soporte.
9.Participa en las jornadas de capacitacion,indución,mesas de acreditación,reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	9.Participa en las jornadas de capacitacion,indución,mesas de acreditación,reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Se participa en las diferentes actividades realizadas para fortalecer el conocimiento de los colaboradores de la Subred sur occidente, como : Reuniones, módulos de capacitación virtual o presencial, inducción, reinducción entre otros, de las cuales quedan soportes de actas de dicha participacion de acuerdo al area que realiza la actividad.
10.Notificar las faltas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	10.Notificar las faltas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Informar oportunamente al jefe del servicio cualquier anomalia que se presente, ademas del adecuado reporte en la mesa de ayuda.
11.Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementacion de los mismos.	SI	11.Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementacion de los mismos.	Dar cumplimiento al 100% con adherencia a todos los procedimientos que tiene la Subred para el cumplimiento de las actividades.
12.Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos inter institucionales y extra institucionales.	SI	12.Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos inter institucionales y extra institucionales.	Participar activamente en las diferentes actividades que realice la Subred.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : $1.734.450 UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE.

Jenny Rubiela Hernandez R cc 52.529.541 Bta

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : 31/01/20210 Firma de recibido supervisor:

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

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:	FARMACIA			**Sede:** PABLOVI					
No. DE CONTRATO:	2047-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2,021		31	1	2,021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY RUBIELA HERNANDEZ ROJAS		C. C.	52.529.541			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 x____ NO ____ **Servicios:** SI ___ NO _____

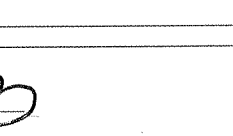
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
13. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	SI	13. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Se envia informe el primer dia de cada mes soportado con los formatos establecidos por Almera que corresponden al servicio y programa cerca a casa.
14.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato.	SI	14.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato.	Son acciones de actitud y compromiso con la institución, no aplica para diligenciar soporte.
15. Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de informacion del servicio,para consolidar la produccion mensual del servicio.	SI	15. Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de informacion del servicio,para consolidar la produccion mensual del servicio.	Se cumplio con la programacion de las actividades realizadas para dar respuesta en el area de farmacia, en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP.
16.Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud,pensiones y riegos profesionales mensualmente.	SI	16.Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud,pensiones y riegos profesionales mensualmente.	Se realiza entrega de las cuentas de cobro de acuerdo al cronograma estipulado mensualmente , con los soportes de pago de seguridad social necesarios para certificacion de actividades cumplidas.
17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Se cumplio con la programacion de las actividades realizadas para dar respuesta en el area de farmacia, en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : $1.734.450 UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS PESOS MCTE.

Jenny Rubiela Hernández Rojas CC 52.529.541

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : 31/01/2021 Firma de recibido supervisor: 

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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52529541		HERNANDEZ ROJAS JENNY RUBIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 103 74 53 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3542985	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	82615174	9414387048	I	2021/01/13	2021/01/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

2021/01/04 01:13 PM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52529541		HERNANDEZ ROJAS JENNY RUBIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 103 74 53 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3542985	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	82615174	9414387048	I	2021/01/13	2021/01/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC 52529541	HERNANDEZ JENNY	231001	30	$877,803	$140,500	EPS008	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JENNY RUBIELA HERNANDEZ ROJAS

C.C 52.529.541 DE BOGOTA

La suma de un millón setecientos treinta y cuatro mil cuatrocientos cincuenta pesos m/cte ($1.734.450) por concepto de: prestación de servicios como técnico en servicios farmacéuticos en la unidad Pablo Vi, durante el periodo de 01 al 31 de Enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2047-2021

Jenny Rubiela Hernandez Rojas

JENNY RUBIELA HERNANDEZ ROJAS

C.C.52.529.541 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 71457520535