

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				GLORIA RUBI RATIVA										
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		39567591					
CORREO ELECTRONICO:				gloriarativa@hotmail.com				CELULAR:		3196147316				
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:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				7590432741						PENSIONADO		No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2049 - 2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				11 de 11		
NÚMERO DE CDP		1723		26/11/2020		NÚMERO DE CRP		52877		FECHA		30/11/2020		
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 SUROCCIDENTE 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 HONORARIOS MENSUALES:				\$1.734.450										
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				NO APLICA						
OBSERVACIONES:														
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO														
CONCEPTO								VALORES						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$19.078.950						
VALOR EJECUTADO								\$19.078.950						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.734.450						
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 <u>mínimo</u> 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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES								
47167514	\$877.803	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700								
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de (DICIEMBRE) del año Dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.														
 SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:				 GLORIA RUBI RATIVA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA										



INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

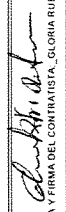
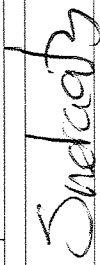
Superintendencia de Salud
Superintendencia de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Unificación del Servicio:		FARMACIA		Sede: PABLOVI	
No. DE CONTRATO:	2049 - 2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
			1	12	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		GLORIA RUBI RATIVA			
		C. C. 39 567 591 DE			
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencia en el área de farmacia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI NO Servicios: SI NO					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		
1. Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la fórmula médica presentada por el usuario		SI	1. Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la fórmula médica presentada por el usuario.		
2. Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue		SI	2. Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue		
3. Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido		SI	3. Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.		
4. Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo		SI	4. Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo		
5. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su legibilidad, oportunidad e integridad		SI	5. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad		
6. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred		SI	6. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred		
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		
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		
9. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado		SI	9. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado		
10. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio		SI	10. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio		
11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos		SI	11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos		
12. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales		SI	12. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales		
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		
14. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y en caso de terminación del contrato		SI	14. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y en caso de terminación del contrato		
TOTAL A PAGAR (\$1.734.450). UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS (MCTE)					
Firma: 11/12/2020 Recibido Supervisor					
Firma: 11/12/2020 Recibido Supervisor					

Indicador

Nombre Completo CEDULA y FIRMA DEL CONTRATISTA GLORIA RUBI RATIVA 19567591

Nota: El informe para su aprobación está sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que envía al supervisor

Ubicación del Servicio:		FARMACIA		Sede: PABLO VI	
No. DE CONTRATO:	2049 - 2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes
				1	12
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA RUBI RATIVA	Año	a	Día	Mes
		2020	39 567 591	31	12
				DE	GIRARDOT
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 SUROCCIDENTE S.S.E., de acuerdo al requerimiento institucional.					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI NO Servicios: SI NO					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS	
15. Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio		SI	15. Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	entregar a tiempo los formatos para la consolidación de dicha información	
16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		SI	16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	entregar oportunamente el certificado de pago de la seguridad social	
17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato		SI	17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato	cumplir con las actividades que el supervisor asigne acorde con el objeto del contrato	
TOTAL A PAGAR (\$1.734.450) UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS (MCTE)					
NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GLORIA RUBI RATIVA 39567591 		Fecha: 31/12/2020 de recibido supervisor 			
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.					

TIPO		DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
CC		NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		
		39567591	GLORIA RUBI RATIVA		TRV 77 H 71B 73 SUR	3125199200	GLORIARATIVA@HOTMAIL.CO M		
FORMA PRESENTACIÓN		CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CÓDIGO	DEPARTAMENTO		CUIDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA		1 - 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)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	1	07/11/2020	\$299.300	
				47167514	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS002	Salud Total EPS	800130307-4	109.800

Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
	0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
230301	Porvenir	800224808-8	140.500

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
0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES		
Código ARL	Nombre	NIT
14-11	ARL SURA	8900303790-5
		21.400

	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
		21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	1

TOTALES PARAFISCALES

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

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	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEIN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	39567591	GLORIA RUBI RATIVA	TRV 77 H 7 IB 73 SUR SUR	3125199200	GLORIARATIVA@HOTMAIL.CO M				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO					
ÚNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLEADOS	UPC			
					1	0			
					TOTAL A PAGAR				
					\$289.300				

ETALLE POR COTIZANTE

Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
			Colombia	Extranjero	Exonero	Exonero	Exonero	Exonero	Exonero	Exonero	Exonero	Exonero	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de vejez	Fondo pensional de sobrevivencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	39567591	RATIVA GLORIA RUBI	99	0									230301	877.803	140.300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

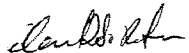
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GLORIA RUBI RATIVA

C.C 39567591 DE GIRARDOT

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 de servicios de salud Pablo VI durante el periodo de 01 al 31 de diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2049 - 2020



GLORIA RUBI RATIVA

C.C 39567591 DE GIRARDOT

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7590432741