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:	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			12 de 12			
NÚMERO DE CDP	1958	23/12/2020	NÚMERO DE CRP	59371	FECHA	31/12/2020			
NÚMERO DE CDP			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 SUROCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional.**								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	1	2021		31	1	2021	
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:	$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%

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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
47716745	$877.803	$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 LORENA ORTIZ CARDONA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GLORIA RUBI RATIVA

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: 1
Fecha de aprobación: 3/04/2017
Código: 04-02-FO-003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	FARMACIA					**Sede:** PABLOVI				
No. DE CONTRATO:	2049 - 2020	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	1	2021		31	1	2021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA RUBI RATIVA		C. C.	39.567.591		DE	GIRARDOT			

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 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	PRODUCTOS ENTREGADOS
1 Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario	si	1. Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario	se realiza la actividad de dispensacion establecido en el procedimiento
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	se descarga del sistema de informacion de dinamica los medicamentos acorde a la formula de
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	se realiza verificacion de fechas de vencimiento y se procede a la buena practica de almacenamiento
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.	se lleva a cabo la respectiva limpieza y desinfeccion de stant asignados y registro en el formato cod 02-02-FO-0012 para el adecuado almacenamiento de medicamentos
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	diligenciar diariamente los formatos asignados para cada actividad
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	cumplir en la mayor totalidad 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	llevar a cabo el registro en los respectivos formatos de actividades asignadas y entrega de soportes a supervisor
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	tener sentido de pertenencia por la instucion y el lugar donde se brinda el servicio para garantizar una atencion de calidad
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	asistencia a las uat, ulc programadas y demas que corresponde
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	informar oportunamente al jefe de servicio cualquier anomalia que se presente ademas del adecuado reporte en la masa de ayuda
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	dar cumplimiento al 100 % con adherencia a todos los procedimientos que tiene la Subred para el cumplimiento con las actividades
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	participar activamente en las diferentes actividades que agende la Subred
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	mensualmente se lleva a cabo la estadistica de las actividades realizadas diligenciando los respectivos formatos y posterior entrega de soportes
14 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación 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 terminación del contrato	realizar la respectiva entrega de los elementos que se han asignados

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

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA GLORIA RUBI RATIVA 39567591

Fecha 31/01/2021 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	3/04/2017
Código	04-02-FO-003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	FARMACIA		**Sede:** PABLO VI							
No. DE CONTRATO:	2049 - 2020	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**	
			1	1	2.021		31	1	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA RUBI RATIVA		**C. C.**	39.567.591			**DE**	GIRARDOT		

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 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	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 consolidacion de dicha informacion
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 acordes con el objeto del contrato	SI	17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes 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,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA _GLORIA RUBI RATIVA. 39567591

Fecha 31/01/2021de 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	39567591	GLORIA RUBI RATIVA		TRV 77 H 71B 73 SUR SUR	3125199200	GLORIARATIVA@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	04/01/2021	47716745	$289.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	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	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300

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

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	39567591	GLORIA RUBI RATIVA		TRV 77 H 71B 73 SUR SUR	3125199200	GLORIARATIVA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	1	04/01/2021	47716745	$289.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. en exterior	Estudiante	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	39567591	RATIVA GLORIA RUBI	59	0			N																	23030?	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS002	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400	CCF24	877.803	17.600	0	0	0	0	0

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:

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 enero de 2021 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