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:	CLAUDIA PATRICIA MOLINA VILLAMARIN												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.018.433.241							
CORREO ELECTRONICO:	patolm47@gmail.com				CELULAR:	3124994256							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Sur												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	CAPS TRINIDAD GALAN							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	M05	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	393153879								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2412-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 de 8			
NÚMERO DE CDP	1433	FECHA	30/08/2018	NÚMERO DE CRP	38368	FECHA	31/08/2018			
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	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2018		30	9	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.873.392									
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 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:	$14.987.136
VALOR EJECUTADO	$14.987.136
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.873.392
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 **$1.953.105**, 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

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Septiembre del año Dos Mil Dieciocho(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CLAUDIA PATRICIA MOLINA
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD SUR FARMACIA						**Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN**			
No. DE CONTRATO:	2412-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	9	2.018		30	9	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Claudia Patricia Molina Villamarin		**C. C.**		1.018.433.241		**DE**		Bogota	

OBJETO DEL CONTRATO:Prestar servicios de apoyo a la gestión 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 NO ____ Servicios: SI __X_ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar el proceso de dispensación y suministro de los medicamentos y dispositivos médicos en forma oportuna	Programado	Se realiza actividad de dispensación.	Se apoya proceso de dispensación de urgencias y ambulatorio, cuando se requiere.
Apoyar el proceso de recepción técnica de los medicamentos y dispositivos médicos que lleguen por parte de los proveedores y velar que estos cumplan con las condiciones técnicas requeridas por la	Programado	se realiza actividad de recepción tecnica.	Formato de recepción tecnica del mes de Septiembre.
Validar que las cantidades y descripciones de los pedidos llegados correspondan a las solicitadas.	Programado	Se realiza revisión de pedidos.	Facturas recibidas en el mes de Septiembre , con el respectivo seguimiento.
Realizar seguimiento a los inventarios que sean ingresados a la farmacia a su cargo.	Programado	Se realiza aleatorios semanales.	aleatorio semanal.
Realizar la verificación de lo ordenado frente al dispensado y hacer los respectivos registros en el sistema de información.	Programado	se realiza la verificación de las ordenes medicas.	Verificación de dispensado y entregado, realización de informes de errores de dispensación y facturación.
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 nomina	Programado	Se envia informe de fechas de vencimiento al area encargada.	Formato de fechas de vencimiento y seguimiento
Realizar auditoria a los movimientos de medicamentos de control especial y estructurar los informes de movimientos, garantizando que los datos registrados sean confiables y verídicos y remitirlos al coordinador del servicio farmacéutico	Programado	Se realiza auditoria de Medicamentos de Control Especial	Informe de mctos de Control Especial mes de Agosto
Apoyar y monitorizar el proceso de solicitud de reposición de medicamentos y dispositivos médicos realizando un adecuado proceso de planeación de los pedidos según tiempos de reposición establecidos.	Programado	Se monitoriza proceso de solicitud de medicamentos antes de terminar stock.	pedidos mensuales, traslados solicitados mediante correos, información al quimico farmaceutico.
Promover el manejo adecuado de los inventarios de cada una de las farmacias, para lo cual debe presentar al personal asistencial los informes de baja rotación de inventarios y próximos vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos y/o gestionar con otras farmacias su rotación para evitar que estos	Programado	se envian correos y llamadas telefonicas a otras unidades para rotar medicamentos.	Llamadas telefonicas y correos con la información correspondiente.
Realizar seguimiento a los inventarios aleatorios y arqueos planteados por los auxiliares de farmacia.	Programado	Aleaotorios semanales	informe de aleatorios semanales.
Apoyar al químico farmacéutico y/o coordinador del servicio farmacéutico en la gestión y presentación de informes a las diferentes entidades de control.	Programado	Realización de informes para cada entidad.	Informes enviados al quimico.
Realizar la estructuración y entrega de los informes de gestión que sean requeridos por el Químico Farmacéutico y/o Coordinador del servicio farmacéutico.	Programado	Realización y estructuración de informes.	Informes enviados al quimico.

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	Se verifica que las auxiliares cumplan con los registros de forma oportuna.	Planillas de pendientes, temperatura y humedad del mes de Mayo
Llevar a cabo los controles para asegurar el uso racional de los medicamentos y dispositivos médicos.	Programado	Se verifican existencias de medicamentos para entregas oportunas.	correos con solicitudes.
Manejar los medicamentos de control especial y monopolio del Estado conforme a la normatividad vigente.	Programado	se manejan los medicamentos de control de acuerdo a normatividad.	se realiza seguimiento y verificación de cantidades de medicamentos de Control Especial.
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	Programado	Se realiza revisión de carros de paro mensual.	soportes de cambios de medicamentos.
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	Se apoya este programa.	informe de antibioticos del mes de Septiembre.
Participar en las capacitaciones y reuniones convocadas y realizar retroalimentación al personal de la farmacia y asistencial de los temas tratados.	Programado	Se realiza capacitación virtual.	Anexo pantallazo.
Verificar el desempeño de los auxiliares de farmacia de la farmacia a cargo y Emitir los respectivos informes al químico farmacéutico y/o coordinador del	Programado	Se realiza verificación de las actividades.	Verificación de actividades.
Responder asistencial y administrativamente por los inventarios de medicamentos y dispositivos médicos que le sean asignados.	Programado	Se responde informe de inventario	Informe de inventario.
Conocer y dar cumplimiento a la documentación propia del servicio farmacéutico (Manual de Procesos y Procedimientos	Programado	Se da cumplimiento a los procesos y procedimientos del servicio.	se tiene manual de procesos y procedimientos.
Realizar las correcciones, acciones correctivas y/o preventivas de acuerdo a los planes de mejoramiento relacionados con los procesos del servicio	No programado	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Dar cumplimiento a los lineamientos y directrices emitidas por el químico farmacéutico y/o coordinador de la farmacia	Programado	Se da cumplimiento a los lineamientos dados por el quimico farmaceutico.	se envían informes y requeridos.
Si por necesidades del servicio se hace necesario realizar el traslado a otras farmacias, se debe estar dispuesto a aceptar el traslado previo acuerdo con el	No programado	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual	Programado	se garantiza calidad de los servicios	Respuesta a quejas.
Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del	Programado	Se cumplen con la normatividad a que aplique.	auditorias y actas de entes de control.
Conocer y aplicar las políticas institucionales.	Programado	Se aplican las politicas institucionales.	Cumplimiento de politicas.
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda.	No programado	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen	Programado	Se responde por glosa de Agosto a Octubre 2017.	soportes de glosa.
Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional	Programado	Se obra con lealtad y buena fe.	Actividades realizadas.

Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. El incumplimiento de esta obligación o la	Programado	se presentan soportes de planilla de pagado.	Planilla de pagado.
Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	Programado	Se cumplen con la normatividad a que aplique.	cumplimiento de guias de manejo.
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la	Programado	Se cuidan los recursos de la farmacia	Diarimente se verifican los recursos y elementos.
Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.	No programado	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los	Programado	Se realizan informes de gestión	Informes enviados al quimico.
Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones	Programado	Se realiza proceso de reinducción virtual.	Pantallazo de reinducción
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.	No programado	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de	Programado	Se salvaguarda la imagen institucional.	Se genera un buen nombre ala institución.
El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector	No programado	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última	No programado	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.	Programado	Se aplica proceso de gestión ambiental a residuos hospitalarios.	Se aplican las normas de gestión.
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la	No programado	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y	No programado	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.	Programado	Se realizan actividades relacionadas con el objeto contractual dirigidas por el quimico farmaceutico.	Actividades realizadas.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.873.392 UN MILLON OCHOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS.

30-09-2018

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido

supervisor:

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 14-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MOLINA	VILLAMARIN	CLAUDIA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1018433241

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES ENE AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD San Francisco

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 23# 54-38

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4202059

EMAIL patolm47@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller tecnico con especialidad en
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2007
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TL	6	X		Tecnólogo en Regencia de Farmacia	9	2014	50-16383

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 14-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsurocidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505	DIA 11 MES 8 AÑO 2015	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Regente de Farmacia	Caps Trinidad Galán	cra 60 # 4-15

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	3	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 14-sep-2018

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Bogotá

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 20-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CLAUDIA PATRICIA MOLINA VILLAMARIN

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1018433241 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección cra 23# 54-38 **Teléfonos** 3124994256 4202059

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUZ MARINA VILLAMARIN CAICEDO	20896879	MADRE
ZULY TATIANA SILVA VILLAMARIN	1003558263	HERMANO(A)
ANA DEL PILAR SILVA VILLAMARIN	1003557930	HERMANO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ⊗

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 20.100.679,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 20.100.679,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	AHORROS	393153879	CARVAJAL	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ICETEX	CREDITO	$ 266.227,00

19/9/2018 https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=qljrd69f14FESgU8MVKVg==

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 20-sep-2018

BBVA	CREDITO	$ 255.488,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI ◯ NO ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Claudia Patricia Molina

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 20-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

SaludTotal

Bogotá, Septiembre 19 de 2018

Señora:
MOLINA VILLAMARIN CLAUDIA PATRICIA
CC. 1018433241 CR 23 N 54 36 - 7129344
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 18 de 2015. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MOLINA VILLAMARIN CLAUDIA PATRICIA	1018433241	C	Ago-18-2015	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Fisica Temporal
DAVILA YEPES ANDRES FELIPE	1126585605	C	Nov-29-2016	52	0	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CLAUDIA PATRICIA MOLINA VILLAMARIN	1018433241	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CLAUDIA PATRICIA MOLINA VILLAMARIN**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,018,433,241**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 19 de septiembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que CLAUDIA PATRICIA MOLINA VILLAMARIN identificado(a) con cédula de ciudadanía 1018433241 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Articulo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10184332411826243781

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 19/09/2018 12.09 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA