DOCUMENTO EQUIVALENTE No 06 / 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

WILSON ANDRES VARGAS MARIN

C.C 80757567 DE BOGOTA

La suma de Dos millones cero sesenta un mil doscientos cincuenta y dos pesos m/cte ($2.061.252), por concepto de: prestación de servicios como tecnólogo en regencia de farmacia en la unidad de pablo VI, durante el periodo de 1 al 30 de JUNIO de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1867-2020

WILSON ANDRES VARGAS MARIN

C.C 80757567 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000500098843

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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	WILSON ANDRES VARGAS MARIN											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	80757567						
CORREO ELECTRONICO:	wandres_24@hotmail.com				CELULAR:	3208821612						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE											
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	000500098843								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1876-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 6			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	22767	FECHA	30/04/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Para prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como REGENTE DE FARMACIA, dentro de lo diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUDSUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la instiitucion.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2020		30	6	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.061.252									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$12.367.512**
VALOR EJECUTADO	**$10.306.260**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$2.061.252**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.061.252
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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 $2.194,508 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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9405731465	$877.803,00	$109.800	$26.400	3	$21.400	**$157.600**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de JUNIO del año (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

WILSON ANDRES VARGAS MARIN
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:	**FARMACIA**				**Sede: PABLO VI**				
No. DE CONTRATO:	**1876-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.020		30	6	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**WILSON ANDRES VARGAS MARIN**		**C. C.**		**80.757.567**		**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 __X__ 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**	Hacer seguimiento de la oportuna dispensación en las farmacias de la Subred.	Se gestionan los pedido y pendientes de medicamentos y dispositivos médicos.
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 institución.	**Programado**	Hacer seguimiento de los informes de recepción técnica enviado por los responsables en farmaca de la unidad Pablo VI.	Se gestionó la rotación de los medicamentos próximos a vencer de acuerdo al informe de recepción técnica, con las otras Unidades de la Subred y con los proveedores.
Validar que las cantidades y descripciones de los pedidos llegados correspondan a las solicitadas.	**Programado**	Hacer el respectivo seguimiento de los pedidos recibidos de la unidad Pablo VI.	Se registran las facturas y cantidades de medicamentos solicitados Vs recibidos en el formato establecido de la unidad Pablo VI.
Realizar seguimiento a los inventarios que sean ingresados a la farmacia a su cargo.	**Programado**	Realizar seguimiento con la recepcion tecnica según los ingresos de medicamentos y dispositivos médicos.	Se revisa ingresos de facturas y traslado de medicamentos gestionados en el mes actual.
Realizar la verificación de lo ordenado frente al dispensado y hacer los respectivos registros en el sistema de información.	**No Programado**	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	No se generaron productos.
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**	Recibir los informes de los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer de la farmacia de la unidad Pablo VI y hacer seguimiento.	Se ha cumplido con el seguimiento de los informes de próximos a de la unidad Pablo VI. en este periodo.
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**	Recibir los informes de los medicamentos de control especial de la unidad Pablo VI.	Se verificaron los datos recibidos de la unidad Pablo VI de medicamentos de control especial, envió de informe a F.N.E.
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**	Hacer seguimiento de los pedidos de medicamentos y dispositivos médicos solicitados en este periodo y gestionarlos.	Se envían oportunamente los pedidosde acuerdo a lo solicitado por cada Unidad a los proveedores.
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 proximo vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos y/o gestionar con otras farmacias su rotación para evitar que éstos se venzan.	**Programado**	Hacer seguimiento de los medicamentos de baja rotación y/o próximos a vencer y gestionarlos.	Se hace la respectiva revisión de los medicamentos próximos a vencer y/o baja rotación de la unidad Pablo VI y se realiza la rotación con las otras unidades.
Realizar seguimiento a los inventarios aleatorios y arqueos planteados por los auxiliares de la farmacia.	**Programado**	Hacer seguimiento de los medicamentos de baja rotación y/o próximos a vencer y conteo fisico.	se realiza recepcion tecnica según pedidos solicitados y seguimiento a medicamentos y dispositivos medicos proximos a vencer y baja rotacion
Apoyar al químico farmacéutico y/o coordinador del servicio farmacéutico en la gestión y presentacíon 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 consolida información de los informes mensual y se envia a su respectivo ente de control.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($2,061,252) DOS MILLONES CERO SESENTA UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_WILSON ANDRES VARGAS M CC 80,757,567

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**FARMACIA**					**Sede: CAPS PABLO VI**				
No. DE CONTRATO:	**1876-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	6	2.020		30	6	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**WILSON ANDRES VARGAS MARIN**		**C. C.**	**80.757.567**			**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 SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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 consolida información de los informes mensual y se envia a su respectivo ente de control.
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 correctamente los formatos establecidos en el servicio.	Se registraron de manera correcta la información en los formatos establecidos.
Llevar a cabo los controles para asegurar el uso racional de los medicamentos y dispositivos médicos.	**Programado**	Gestionar correctamente los formatos establecidos en el servicio.	Se realiza una revisión a traves de la recepcion tecnica según pedidos solictados por la farmacia para evitar errores de solicitud y/o sobrestock.
Manejar los medicamentos de control de control especial y monopolio del Estado conforme a la normatividad vigente.	**Programado**	Realizar seguimiento de la información recibida por la unidad Pablo Vi para informes de control especial.	Se revisaron los informes recibidos y se enviaron al F.N.E en los tiempos establecidos.
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**	Hacer seguimiento del cumplimiento de las programaciones de la revisión de los Kit necesarios para la unidad Pablo VI.	Se realiza revisión de carro de paro del servicio de Urgencias y Ginecologia según cronograma.
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 informa al Químico Farmacéutico se reporta el consumo de antibióticos en el informe respectivo.
Participar en las capacitaciones y reuniones convocadas y realizar retroalimentación al personal de la farmacia y asistencial de los temas tratados.	**Programado**	Informar y participar las diferentes activdades de capacitacion y reuniones programadas dentro del servicio, farmaseutico,de la unidad Pablo VI y de la subred	se realiza retroalimentacion y participacion activa delas actividades y capacitaciones y se deja evidencia bajo acta.
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 servicio farmacéutico.	**Programado**	Informar las novedades al Químico Farmacéutico relacionadas con el personal de farmacia durante este periodo.	Se comunica a diario las novedades presentadas con el personal de farmacia de la unidad Pablo VI.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($2,061,252) DOS MILLONES CERO SESENTA UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_WILSON ANDRES VARGAS M CC 80,757,567

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**FARMACIA**					**Sede: CAPS PABLO VI**				
No. DE CONTRATO:	**1876-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	6	2.020		30	6	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**WILSON ANDRES VARGAS MARIN**		**C. C.**		**80.757.567**		**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 SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Responder asistencial y administrativamente por los inventarios de medicamentos y dispositivos médicos que le sean asignados.	**Programado**	Realizar seguimiento con la recepcion tecnica según los ingresos de medicamentos y dispositivos médicos.	Se revisa ingresos de facturas y traslado de medicamentos gestionados en el mes actual.
Conocer y dar cumplimiento a la documentación propia del servicio farmacéutico (Manual de Procesos y Procedimientos).	**Programado**	Consultar los procesos y procedimientos establecidos por la Subred e informar incongruencias en el caso que se presente.	Se consultó los procesos de entrega de medicamentos ambulatorios y urgencias y se pasó la novedad que falta el proceso y procedimiento para medicamentos pendientes.
Realizar las correcciones, acciones correctivas y/o preventivas de acuerdo a los planes de mejoramiento relacionados con los procesos del servicio farmacéutico.	**Programado**	El Químico Farmacéutico hace seguimiento de los hallazgos encontrados en las distintas auditorias del servicio farmacéutico.	Se hace seguimiento a los hallazgos encontrados en cada farmacia de la unidad Pablo VI.
Dar cumplimiento a los lineamientos y directrices emitidas por el Químico farmacéutico y/o coordinador de la farmacia.	**Programado**	Realizar seguimiento para cumplimiento a las actividades asiganadas por su jefe inmediato.	Se cumple con las actividades diarias y se envia informes los cinco primeros dias de cada mes.
Si por las necesidades del servicio se hace necesario realizar el traslado a otras farmacias, se debe estar dispuesto a aceptar el traslado previo acuerdo con el coordinador de la farmacia.	**Programado**	se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	Orden despacho de acuerdo a la solicitud de cada farmacia.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($2,061,252) DOS MILLONES CERO SESENTA UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_WILSON ANDRES VARGAS M CC 80,757,567

Firma de recibido supervisor:

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80757567		VARGAS MARIN WILSON ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 146 F BIS #76-58	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6276882	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-05	2020-05	23443678	9405731465	I	2020/06/16	2020/06/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$157,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	80757567	VARGAS WILSON	231001	30	$877,803	$26,400	EPS005	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

2020/06/01 09:34 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80757567		VARGAS MARIN WILSON ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 146 F BIS #76-58	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6276882	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	23443678	9405731465	I	2020/06/16	2020/06/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$157,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$26,400	$0	$0	$26,400
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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$157,600	$0	$0	$157,600

2020/06/01 09:34 AM