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:	3007663532							
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	%	
	SU41M05	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	393153879								PENSIONADO	No			

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2150-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 de 8			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	35511	FECHA	30/08/2020		
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	2020		30	9	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.061.252								
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:	$16.490.016
VALOR EJECUTADO	$16.490.016
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.061.252
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 $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
8344962541	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

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

LUZ DARY TERAN	CLAUDIA PATRICIA MOLINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD SUR FARMACIA			**Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN**						
No. DE CONTRATO:	2150-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.020		30	9	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Claudia Patricia Molina Villamarin		**C. C.**		1.018.433.241		**DE**		Bogotá

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, en el momento que se requiere en el mes de Septiembre
Apoyar el proceso de recepción técnica de los medicamentos y dispositivos médicos que lleguen por parte de los proveedores.	Programado	Se realiza actividad de recepción tecnica de dispositivos y medicamentos del mes de Agosto 2020	Formato de recepción técnica del mes de Septiembre 2020
Validar que las cantidades y descripciones de los pedidos llegados correspondan a las solicitadas.	Programado	Se realiza revisión de pedidos solicitados mediante proveedor verificando cantidad solicitada vs cantidad	Facturas recibidas en el mes de Septiembre con el respectivo seguimiento a pedidos y el
Realizar seguimiento a los inventarios que sean ingresados a la farmacia a su cargo.	Programado	Se verifican aleatorios semanales realizados por los auxiliares de farmacia y se verifican movimientos de inventario.	Aleatorio semanal, y revisión de informes presentados por los auxiliares de farmacia a cargo.
Aplicación del cliclo del medicamento a personal de Farmacia.	Programado	Se realiza aplicación del ciclo del medicamento a cada uno de los auxiliares de farmacia y personal medico y de enfermeria	Aplicación de formato de doble chequeo para talleres de cronicos corazón a corazón
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	Programado	Se unifica informe de fechas de vencimiento para ser enviado con el pedido mensual y así dar rotación.	Formato de fechas de vencimiento y seguimiento a estos medicamentos.
Realizar auditoria a los movimientos de medicamentos de control especial y estructurar los informes de movimientos, garantizando que los datos registrados	Programado	Se realiza auditoria de Medicamentos de Control Especial realizando las respectivas salidas en el libro de controlados.	Informe de mctos de Control Especial mes de Septiembre , verificación de formulas.
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, se realiza traslados en otra unidad en caso de requerirlos.	Pedidos mensual de Septiembre 2020 , traslados solicitados mediante correos, información al Quimico farmaceutico.
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 del servicio de urgencias , kit neonato, y codigo rojo.	Formato de revisión mensual del carro de paro. soportes de cambios de medicamentos.
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 cada una de las actividades de los auxiliares a cargo.	Verificación de actividades mediante aplicación de lista de chequeo a auxiliares a cargo.
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las	Programado	se garantiza calidad de los servicios y humanización en la atención	Respuesta a quejas.
Aplicación de la lista de chequeo para detectar errores en el alistamiento en el momento de la dispensación.	Programado	se verifica y se realiza aplicación de la lista de chequeo para detectar errores en el alistamiento al momento de la dispensación.	Formato lista de chequeo para detectar errores en el alistamiento
Realización y entrega de informes requeridos como matriz de riesgo	Programado	Se realiza informes de pendientes y seguimiento a ellos, informes a errores de prescripción.	Informes para matriz de riesgo y alimentación en el Drive de indicadores y pendientes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.061.252 DOS MILLONES SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Claudia Patricia Molina C.C: 1018433241

supervisor: Fecha y hora de la Firma de recibido

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CLAUDIA PATRICIA MOLINA VILLAMARIN

C.C 1.018.433.241 DE BOGOTÁ

La suma de $ 2.061.252, por concepto de: prestación de servicios como Regente de Farmacia durante el periodo de 01 al 30 de Septiembre 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2150-2020.

CLAUDIA PATRICIA MOLINA VILLAMARIN

C.C.1.018.433.241 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 393153879

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CLAUDIA PATRICIA MOLINA VILLAMARIN
No. Identificación: CC1018433241
Dirección: CARRERA 53 17-36
Telefono: 4202059
Correo: patolm47@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8344962541

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA PATRICIA MOLINA VILLAMARIN
Tipo y número de identificación	CC1018433241
Número de planilla	8344962541
Fecha pago	2020-09-14
Número de autorización pago	9222152
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2020
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	271700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

8344962541

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
230301	Porvenir	140500	1
EPS002	Salud Total EPS	109800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1018433241
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA PATRICIA MOLINA VILLAMARIN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

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

Escritorio → Inicio → Administración de contratos → Ver contrato

Id de página: 23000726 Ayuda

1. Información general
2. Condiciones
3. Bienes y servicios
4. Documentos del Proveedor
5. Documentos del contrato
6. Información presupuestal
7. Ejecución del Contrato
8. Modificaciones del Contrato
9. Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA FEBRERO 2020.pdf	CUENTA FEBRERO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2020.pdf	CUENTA MARZO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2020.pdf	CUENTA ABRIL 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2020.pdf	CUENTA MAYO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2020.pdf	CUENTA JUNIO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2020.pdf	CUENTA JULIO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2020.pdf	CUENTA AGOSTO 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

