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: | VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52754721 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | VICTORIAGONCA@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3187056890 | | | | | | |
| 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 | 0550488421220804- | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 6038-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 de 2 | | |
| 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 | |
| | | 26 | 5 | 2021 | | 31 | 5 | 2021 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.795.086 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | NO APLICA | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $2.094.267 |
| VALOR EJECUTADO | $299.181 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $299.181 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.795.086 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 14% |

**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 $ **2,271,315**, 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $908.526 | | | 3 | | **$0** |

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de ( MAYO ) del año Dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA

**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO

**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 |
| 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:** | 6038-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 26 | 5 | 2.021 | | 31 | 5 | 2.021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO | | **C. C.** | 52.754.721 | | | **DE** | BOGOTA | | |

**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 ($299.181) DOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHENTA Y UNO PESOS (MCTE)**

Victoria Gonzalez

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA_VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO 52754721

Fecha :31/05/2021de 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:** PABLOVI | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 6038-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 26 | 5 | 2.021 | | 31 | 5 | 2.021 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO | | **C. C.** | 52.754.721 | | **DE** | BOGOTA | | | |

**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 mesa 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 ($299.181) DOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHENTA Y UNO PESOS (MCTE)**

Victoria Gonzalez

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA _VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO 52754721

Fecha 31/05/2021de recibido supervisor

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:**

**VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO**

**C.C 52754721 BOGOTA**

La suma de doscientos noventa y nueve mil ciento ochenta y uno pesos m/cte ($ 299.181) por concepto de: prestación de servicios como técnico en servicios farmacéuticos en la unidad de servicios de salud Pablo VI durante el periodo de 26 al 31 de mayo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6038-2021

Victoria Gonzalez

**VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO**

**C.C 52754721 BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO** 0550488421220804-

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **18/05/2021**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **52754721**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| N#mero | **0550488421220804** |
| Saldo a la fecha | **0.00 Pesos** |
| Fecha de apertura | **18/05/2021** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 02 de junio de 2021

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

## CERTIFICA:

Que VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52754721 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 01/06/2021 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E 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% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**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%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

***Artículo 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:
C527547212115354465

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 02/06/2021 3.07 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su cóndición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**VICTORIA ANGELICA GONZALEZ CAMERO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.754.721**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Mayo del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

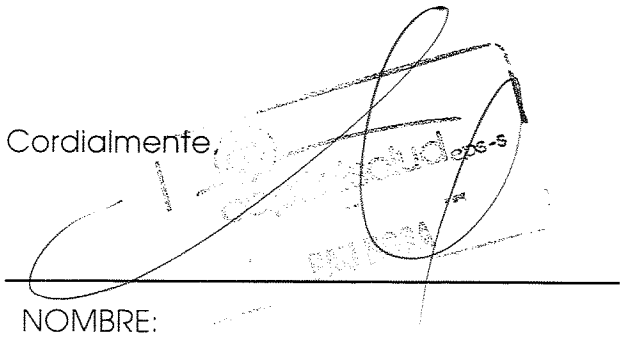
# CERTIFICA

Que la señora GONZALEZ CAMERO VICTORIA ANGELICA con documento de identidad CC 52754721 se encuentra activo en nuestra base de datos del REGIMEN CONTRIBUTIVO en la ciudad de BOGOTA desde 15 de Abril de 2021, sin ninguna discapacidad.

Se expide a los 28 dias del mes Mayo de 2021 a solicitud del interesado.

Informacion adicional en nuestra Linea de Atencion al Usuario
01 8000 122219

Cordialmente,



NOMBRE:
ANALISTA INTEGRAL CAPITAL SALUD
CAPITAL SALUD EPS-S