| 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: | GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52121367 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | patriciacristan06@gmail.com | | | | CELULAR: | 3002607804 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | Farmacia | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10M05 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 0550005700167579- | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5861-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 DE 1 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Para prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE FARMACIA , dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVIVIOS DE SALUDSUR OCCIDENTE ESE, de acuerdo a las necesidades de la institución. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 13 | 5 | 2021 | | 31 | 5 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.077.052 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $1.077.052 |
| VALOR EJECUTADO | $1.077.052 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.077.052 |
| 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 $2,271,315 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 53361358 | $908.526 | $113.600 | $145.400 | 3 | $0 | **$259.000** |

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,

**LUZ DARY TERAN MERCADO**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Gloria Patricia Cristancho
**GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ**
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 Urgencias | | **Sede: USS KENNEDY** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 5861-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 13 | 5 | 21 | | 31 | 5 | 21 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ | | CC 52121367 | | | | | | BOGOTÁ |

**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Auxiliar de Farmacia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ X**

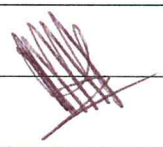
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| A. Buscar estrategias que garanticen un adecuado almacenamiento y organización de los productos,formulas médicas,justificaciones y solicitudes archivadas a diario | 100% | todo se organiza de la mejor manera para que al momento de alistar sea mas rapida y eficaz la entrega. | todo debidamente almacenado y organizaodo al momento de entrega de turno. |
| B. Recibir,revisar,codificar y controlar las prescripciones de medicamentos , su dosificación y cantidades y las solicitudes de elementos médico-quirúrgicos y realizar la relación de egresos diaria y su verificación si es necesario | 100% | se verifica que todo los formatos como formulas medico quirurgicos y formatos no pos cumplan con todo lo establecido por ley | se dosifica y entrega la cantidad solicitada firmada por quien lo entrega. |
| C. Alistar y entregar los medicamentos y dispositivos médicos en los diferentes servicios | 100% | en el turno de la mañana se alista todo los medicos quirurgicos solicitados por los servicios. Y en la tarde los medicamentos mas la ventanilla. | se rotan los servicios entre todos con el fin de cambiar cada dia de servicio. |
| D. Verificar el diligenciamiento de los formatos de justificación de los medicamentos no incluidos enel Plan Obligatorio de Salud | 100% | cuando el medicamento requiere no pos se verifica que contenga todos los formatos diligenciados correctamente con sello y firma de medico. | se entraga al jefe que lo solicite con sello de recibido |
| E. Organizar y clasificar en sus respectivos estantes los pedidos de los medicamentos y dispositivos médico quirúrgicos y recibirlos si es necesario | 100% | una vez llegue el pedido se organiza en estibas y se surte donde corresponda | dos veces por semana llega el pedido y se organiza casi siempre en el turno de la mañana. |
| G. Realizar conteos de medicamentos y elementos dispositivos-quirúrgicos para su respectivo seguimiento y control. | 100% | se lleva el control de fechas de vencimiento cada 15 dias | |
| I. Realizar seguimiento y control en libros a los medicamentos y/o dispositivos de alto costo y de medicamentos NO POS y antibióticos. | 100% | se lleva seguimiento en formulas de control especial | se descarga en los libros de control verificando cantidades. |
| L. Digitar durante el turno si es necesario las prescripciones de medicamentos y dispositivos medico-quirurgicos entregados e imprimir los reportes respectivos y los que sean necesarios | 100% | la digitacion es rotada en el turno, despues de las 5 de la tarde | se digita lo que quede y llegue despue de esa hora |
| M. Realizar la entrega de medicamentos en los servicios correspondientes a cada farmacia solicitados para los pacientes que se encuentren hospitalizados | 100% | los servicios son rotados por todos los auxiliares para su dosificacion y entrega. | el unico servicio que se entrega mano a mano es el 2 piso |
| N. Custodiar y responder por los bienes a cargo y realizar la atención a las actividades propias del inventario,según las necesidades del servicio. | 100% | todos los bienes que posee la intitucion y/o farmacia se deben cuidar | de nosotros depende el bienestar y cuidado del hospital |
| O. Informar oportunamente al interventor de las faltas y fallas encontradas en el desarrollo de los procesos y procedimientos del servicio | 100% | se informa a la regente cuando algo hace falta | se solicita en otras farmacias. |

**OBSERVACIONES: Vo.Bo. Luz Dary Teran Mercado - Referente Farmacia USS Kennedy**

Gloria Patricia Cristancho

CONTRATISTA: GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ, CC 52121367

Fecha : 31/05/2021 Firma de recibido supervisor:_____



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

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

**Señor(a):** GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ
**No. Identificación:** CC52121367
**Dirección:** CALLE 42 B BIS # 78 A - 39
**Telefono:** 4520313
**Correo:** patriciacristian06@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 50361358

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC52121367 |
| **Número de planilla** | 50361358 |
| **Fecha pago** | 2021-05-14 |
| **Número de autorización pago** | 957192 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | abril de 2021 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | abril de 2021 |
| **Número de Administradoras** | 2 |
| **Total Pagado** | 259000 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 145400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 113600 | 1 |

50361358

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52121367
APELLIDOS Y NOMBRES: GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 908526 | 908526 | 0 | 0 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 0 | 0 |

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

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **18/05/2021**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52121367**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550005700167579** |
| Fecha de apertura | **29/03/2021** |

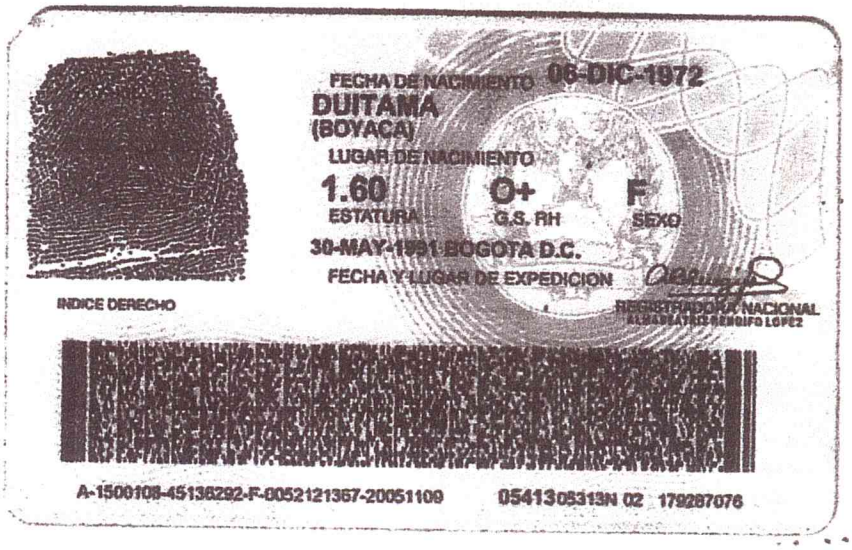
Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.121.367
NUMERO
CRISTANCHO GONZALEZ
APELLIDOS
GLORIA PATRICIA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1972
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
30-MAY-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500108-45136292-F-0052121367-20051109
0541305313N 02 179287076

ARL | sura

Medellín, 19 de mayo de 2021

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

## CERTIFICA:

Que GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52121367 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 18/05/2021 **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:
C521213672113955459

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: 19/05/2021 3.24 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA