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:	CRISTIAN ALBERTO GALINDO MUÑOZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.018.416.348						
CORREO ELECTRONICO:	cagm_0412@hotmail.com				CELULAR:	3134913471						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE											
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	%
	KE10M05HK	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	66206291941								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6760-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 1			
NÚMERO DE CDP	1102	FECHA	22/07/2021	NÚMERO DE CRP	42607	FECHA	5/08/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Para prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR 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		
		5	8	2021		31	8	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.848.964									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial									

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.848.964
VALOR EJECUTADO	$1.848.964
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.848.964
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
	$908.526,00			3		

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

LUZ DARY TERAN MERCADO
QUIMICA FARMECEUTICA, LIDER SERVICIO FARMACEUTICO

CRISTIAN ALBERTO GALINDO MUÑOZ
REGENTE DE FARMACIA CC.1018416348

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 aprobaci	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FARMACIA SUMINISTROS KENNEDY							**Sede: KENNEDY**		
No. DE CONTRATO:	6760-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			5	8	2.021		31	8	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**CRISTIAN ALBERTO GALINDO MUÑOZ**		**C. C.**		1.018.416.348		**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 SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional. (Regente de Farmacia)

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Revisión de asuntos pendientes del día anterior, formato de control de temperatura y humedad, apoyar ventanilla para dispensación de pacientes ambulatorios, y/o solicitudes de piso	100%	Revisión de formatos de temperatura su correcto diligenciamiento, solución de temas de dispensación a pisos y a paciente ambulatorio	Órdenes de despacho a piso firmadas por camilleros y enfermeros, fórmulas firmadas por paciente ambulatorio.
Generación de pedidos, consecución de medicamentos pendientes y/o insumos, realización de pedidos de refuerzo, y montaje de solicitud de reempaque y reenvase para central de mezclas, recepción de soporte nutricional al área de nutrición	100%	Generación de solicitudes a las diferentes bodegas de la Subred para hacer consecución de los pendientes evidenciados en farmacia, y/o solicitudes al almacén, atención a formulación de la parte de soporte nutricional.	Los productos entregados son las órdenes de despacho con su respectiva recepción técnica, la solicitud realizada por sistema al área de central de mezclas.
Apoyar el proceso de recepción técnica de los medicamentos que lleguen por parte de los proveedores y de almacén y velar que estos cumplan con las condiciones técnicas requeridas por la institución.	100%	Realización de procesos de verificación y aplicación de controles de calidad en cuanto a los medicamentos que llegan a farmacia central.	se realiza el proceso de verificación e inspección técnica a los medicamentos y el cumplimiento de las respectivas condiciones para la dispensación a los diferentes servicios, acta de recepción
Revisión de pendientes de facturación (cuentas cerradas), no pos y mipres autorizados.	100%	Revisión de Mipres generados por los diferentes servicios y entregados por los auxiliares, gestión con el área de facturación por cuentas cerradas y/o cobros no efectuados	Carpeta archivo y seguimiento
Revisión de ajustes de inventario para digitación	100%	Se realizan los ajustes para facilitar los cobros a paciente	Archivo exportado desde sistema Dinámica
Responder correos electrónicos, gestión de traslados a otras farmacias, revisión de productos de baja rotación	100%	Se realizan traslados a otras farmacias como SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, y se gestionan solicitudes de índole administrativo	Archivo formato de traslados,cada vez que sea necesario.
Revisión de carros de dispensación a piso para detectar errores de dispensación, revisión de fórmulas para reportar errores de prescripción	100%	Se pasa reporte a Regente encargada Carolina para diligenciamiento de matriz POA	Consolidado de reporte a matriz POA
Participar el capacitaciones y reuniones convocadas y realizar retroalimentacion al personal de farmacia y asistencial de los temas tratados.	100%	Se realiza socializacion al grupo de farmacia	archivo de acta de asistencia
Consolidar y validar el seguimiento de medicamentos y dispositivos proximos por vencer y realizar su respectivo reporte.	100%	Se realiza verificacion de fechas de vencimiento igual o menor a seis meses de medicamentos y dispositivos medico quirurgicos.	Se realiza al mes el seguimiento de fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos, se envia reporte correo emal.
Dar cumplimineto a los lineamientos y directrices emitidas por el quimico farmaceutico y/o cordibnador del servicio farmaceutico.	100%	Apoyar el proceso de facturación y digitación de formulas medicas.	Archivo formulas medicas y archivo excel.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR ($1,848,964) UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

CONTRATISTA: **CRISTIAN ALBERTO GALINDO MUÑOZ BOGOTA**

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de 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:

CRISTIAN ALBERTO GALINDO MUÑOZ

CC. 1018416348 DE BOGOTA

La suma de $ 1.848.964 Por concepto de: Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Farmacia como REGENTE 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. Durante el periodo del 01 al 31 de Agosto/21, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1853 - 2020.

CRISTIAN ALBERTO GALINDO MUÑOZ

CC. 1018416348 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO:66206291941

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CRISTIAN ALBERTO GALINDO MUÑOZ identificado(a) con CC 1018416348 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/07/2014**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 26 días del mes de julio del año 2021.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN ALBERTO GALINDO MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.416.348**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 26 de Julio del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

ARL | sura

Medellín, 17 de agosto de 2021

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

CERTIFICA:

Que CRISTIAN ALBERTO GALINDO MUÑOZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1018416348 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 06/08/2021 **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:
C10184163482122958751

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: 17/08/2021 4.19 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.018.416.348**

GALINDO MUÑOZ

APELLIDOS

CRISTIAN ALBERTO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ABR-1988**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-MAY-2006 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00534824-M-1018416348-20140110 0036520432A 1 1462683958

Certificado
Bancario

Lunes, 21 de junio de 2021

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CRISTIAN ALBERTO GALINDO MUOZ identificado(a) con CC 1018416348, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	66206291941	2020/01/15	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14773675206

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 1 8 4 1 6 3 4 8 | 6. DV: 0 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá: 3 2 | 14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 8 4 1 6 3 4 8	2 0 0 6 0 5 1 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GALINDO	MUÑOZ	CRISTIAN	ALBERTO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 79 B 5553

42. Correo electrónico: cagm_0412@hotmail.com

43. Código postal: | 44. Teléfono 1: 1 7 7 0 4 5 7 | 45. Teléfono 2: 3 1 3 4 9 1 3 4 7 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal: 46. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria: 48. Código	49. Fecha inicio actividad	Otras actividades: 50. Código 1	2	Ocupación: 51. Código	52. Número establecimientos
4 7 7 3	2 0 1 1 0 3 3 1	5 6 3 0	2 0 1 7 0 5 1 7				1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código: 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																			

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 | 2 | 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ | 60. No. de Folios: | 61. Fecha:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

064. Nombre:
065. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 29-07-2021 08:45:06PM

DOCUMENTO SIN COSTO
TRAMITE