

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		NANCY PATRICIA CASTRO NIÑO									
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	NO.		52.316.537				
CORREO ELECTRONICO:		nancypatycastro@hotmail.com				CELULAR:		3203145787			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		SUR									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		SERVICIOS FARMACEUTICOS				SEDE:		CAPS PATIO BONITO			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		SU55M05	100%								
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		004870470608						PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2663-2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 DE 7			
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	NÚMERO DE CRP	36720	FECHA	30/06/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa o asistencial en el área de farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED SUR 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	8	2021		31	8	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.795.086							
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:	\$12.565.602
VALOR EJECUTADO	\$12.565.602
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.795.086
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 \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9422574468	\$908.526,00	\$113.600	\$145.400	3	\$22.200	\$281.200

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Agosto del año Dos Mil Veintiuno 2021. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ FONSECA

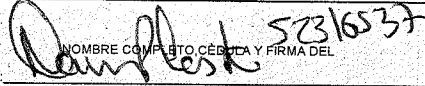
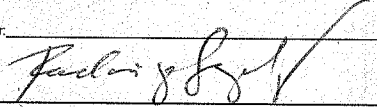
PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NANCY PATRICIA CASTRO NIÑO

TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA CC. 52.316.537

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión 1	Fecha de aprobación 09/11/2016	Código: 15-02-FO-0003	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.E.		
Ubicación del Servicio:		SERVICIO FARMACEUTICO		Sede: CAPS PATIO BONITO			
No. DE CONTRATO:	2663-2021	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a
				1	8	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		NANCY PATRICIA CASTRO NIÑO		C. C.	52.316.537		DE Bogotá
OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de farmacia dentro de los difrentes procesos y procedimientos							
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐							
OBLIGACIONES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS		
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario.	PROGRAMADO	Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes.		Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio 53 formulas, dispensadas y 123 urgencias formulas.			
sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue	PROGRAMADO	Se realiza facturación		facturación de medicamentos.			
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según en el procedimiento establecido.	PROGRAMADO	se apoya la gestión y conservación de los medicamentos		se realiza proceso de recepción y adecuado almacenamiento.			
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.	PROGRAMADO	se realiza aseo del area de trabajo		cuadro de limpieza semanal			
instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integridad. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de	PROGRAMADO	se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente.		formato de temperatura y humedad, control y limpieza de estantes.			
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la subred.	PROGRAMADO	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de Calidad.		Mediante el cumplimiento de las normas			
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	PROGRAMADO	se realiza informe de actividades y certificación		informe cuenta de cobro y certificación.			
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia		se deja todo en orden al terminar el turno.			
Participar en las jornadas de capacitación inducción mesas de acreditación reuniones y eventos a los cuales convocadas.	PROGRAMADO	se asiste a capacitaciones.		acta de asistencia			
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion		No se generaron productos			
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred además de apoyar la implementación de los mismos.	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion		No se generaron productos			
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	PROGRAMADO	se apoya a la Subred por medio de actividades.		actas de asistencia.			
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento de contrato.	PROGRAMADO	se entregan actividades al supervisor del contrato.		informe de actividades.			
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia		Elementos existentes en farmacia.			
Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio para consolidar la producción mensual del servicio.	PROGRAMADO	Se registran las actividades diarias en formatos establecidos.		Se registran los indicadores, controles de temperatura y humedad y limpieza del area.			
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	PROGRAMADO	Se entrega constancia de afiliación al pago de Seguridad Social.		Certificado de pago.			
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	PROGRAMADO	Se realizan actividades según contrato.		Informe de actividades e informes mensuales.			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.795.086 UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE							
CONTRATISTA:  NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL		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.							

Resumen General de Pago

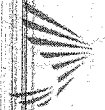
DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 5216537		CASTRO NIÑO NANCY PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 72B 388-81 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2041354	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2021-07	2021-07	100000833	9422574468	1	2021/08/10	2021/08/05	BANCO BOGOTÁ	0	\$281,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO									
		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400
COLFONDOS		231001	800,227,940	6	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)		EPS010	800,088,702	2	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
TOTAL					1	\$281,200	\$0	\$0	\$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	\$22,200			\$0				\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	\$22,200			\$0				\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	\$22,200			\$0				\$0	
1	CC 9231637	CUSTO MANCY	211001	30	\$908,526	\$145,400	EPS10	30	\$908,526	\$113,600		14-11	\$0	\$0	\$22,200	0		\$0				\$0	
Total Afiliados(1)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	\$22,200			\$0				\$0	

EPS

SURA



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **NANCY PATRICIA CASTRO NIÑO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **52316537** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52316537
NOMBRES Y APELLIDOS	NANCY PATRICIA CASTRO NIÑO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	90
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 16/08/2021

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

Medellín, 16 de agosto de 2021

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

CERTIFICA:

Que NANCY PATRICIA CASTRO NIÑO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52316537 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 08/06/2018

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 SEVICIOS 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 SEVICIOS 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 SEVICIOS 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:

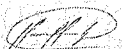
1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

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:

C523165372122865137

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:

16/08/2021 6.05 PM

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

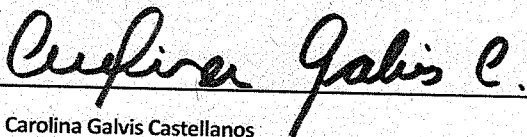
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NANCY PATRICIA CASTRO NINO identificado(a) con C.C No. 52.316.537, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 16 de agosto del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

16/8/2021

Editar



Aumentar el contrato

UTC -5 18:49:03

NANCY PATRICIA CA...



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página:: 2300726 Ayuda ?

1 Información general

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☒ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☒ Sí ☐ No

8 Modificaciones del Contrato

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

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	2663-2021 ENERO.pdf	2663-2021 ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2663-2021 FEBRERO.pdf	2663-2021 FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2663-2021 MARZO.pdf	2663-MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2663-2021-ABRIL.pdf	2663-2021-ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2663-2021 MAYO.pdf	2663-2021 MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2663-2021 JUNIO.pdf	2663-2021 JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA DEL SIDEAP NANCY CASTRO.docx	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA DEL SIDEAP NANCY CASTRO.docx	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	BIENES Y RENTAS 2021.pdf	BIENES Y RENTAS 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2663-2021 JULIO.pdf	2663-2021 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

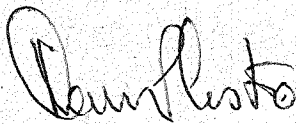
Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
NANCY PATRICIA CASTRO NIÑO
C.C 52.316.537 DE BOGOTÁ

La suma de \$1.795.086, por concepto de: pagos honorarios durante el periodo de 01 al 31 de Agosto 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2663-2021



NANCY PATRICIA CASTRO NIÑO
C.C. 52.316.537 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 004870470608