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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YENIFER KATERYNE ALVAREZ BELTRAN												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.012.422.658							
CORREO ELECTRONICO:	ykalvarez@hotmail.com				CELULAR:	3212609920							
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	%	
	SU41M05	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0550455900125416								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6979-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 2
NÚMERO DE CDP	1271	FECHA	18/08/2021	NÚMERO DE CRP	43021	FECHA	24/08/2021
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
		24	8	2021		30	8	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$397.587							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.101.533
VALOR EJECUTADO	$397.587
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$397.587
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.703.946
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	19%

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

YENIFER KATERYNE ALVAREZ BELTRAN
AUXILIAR DE FARMACIA CC.1012422658

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	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**UNIDAD DEL SUR FARMACIA**		**Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN**							
No. DE CONTRATO	**6979-2021**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			24	8	2.021		31	8	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YENIFER KATERYNE ALVAREZ BELTRAN		**C. C.**	1.012.422.658			**DE**	Bogotá	

OBJETO DEL CONTRATO: SPrestar 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.

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

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 de ambulatorio programa de corazón a corazón.
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectiva dispensación	**PROGRAMADO**	Se realiza facturación.	Facturación de medicamentos ambulatorios .
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 a stand 3 y 7 a mi cargo.
Realizar aleatorios de areas encargadas.	**PROGRAMADO**	Realizo aleatorio de medicamentos e insumos de stand 3 y 7 a mi cargo.	Aleatorio de medicamentos e insumos.
Realizar informes de medicamentos proximos a vencer y/o de baja rotación para hacer su respectiva gestión.	**PROGRAMADO**	Reviso fechas de vencimiento en los stand a mi cargo,además identifico los medicamentos e insumos de baja rotación, tambien marco medicamentos LASA.	Se revisa y reporta fechas de vencimiento, productos de baja rotación , y se identifican medicamnetos LASA.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integridad.	**PROGRAMADO**	Diligencio los formatos de manera adecuada.	Formatos de temperatura y humedad,control de limpieza y desinfección de stantes, indicadores y pendientes diligenciados.

TOTAL A PAGAR (Número y letras):$ 397.587 trecientos noventa y siete mil quinientos ochenta y siete pesos m/c.).

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Yenifer Kateryne Alvarez B

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:

YENIFER KATERYNE ALVAREZ BELTRAN

CC 1.012.422.658 DE BOGOTA

La suma de $ 397.587 trecientos noventa y siete mil quinientos ochenta y siete pesos m/c.). Por concepto de: Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 24 al 30 de AGOSTO/2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 6979 – 2021.

YENIFER KATERYNE ALVAREZ BELTRAN

CC 1.012.422.658 DE BOGOTA

Z

CUENTA DAVIVIENDA

NUMERO: 0550455900125416

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.422.658**

ALVAREZ BELTRAN

APELLIDOS

YENIFER KATERYNE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

26-JUN-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00618075-F-1012422658-20140903 **00398**30005A 1 2193003684

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

16/09/2021

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora YANIFER KATERYNE ALVAREZ BELTRAN** con **Cédula de Ciudadanía** número **1012422658**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550455900125416**
Fecha de apertura	**10/03/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14780016260

(415)7707212489984(8020) 000001478001626 0

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

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 2 4 2 2 6 5 8	2 0 1 3 0 6 2 6

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
ALVAREZ	BELTRAN	YENIFER	KATERYNE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CR 36 37 96

42. Correo electrónico: ykalvarez@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 7	3 2 1 2 6 0 9 9 2 0	3 1 3 8 6 3 7 9 6 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 8 1 2 0 1	8 2 9 9	2 0 2 1 0 7 2 8			

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 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros		Exportadores				
54. Código		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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 08 - 18 / 16 : 12: 35

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:

984. Nombre ALVAREZ BELTRAN YENIFER KATERYNE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ARL | sura

Medellín, 16 de septiembre de 2021

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

CERTIFICA:

Que YENIFER KATERYNE ALVAREZ BELTRAN identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012422658 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 25/08/2021 **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:
C1012422658212592611 6

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: 16/09/2021 7.15 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YENIFER KATERYNE ALVAREZ BELTRAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.422.658**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Septiembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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 **YENIFER KATERYNE ALVAREZ BELTRAN** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1012422658** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1012422658
NOMBRES Y APELLIDOS	YENIFER KATERYNE ALVAREZ BELTRAN
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	15/09/2017
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	162
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	21
EMPLEADOR(ES)	CC 1012422658 YENIFER ALVAREZ DESDE 01/09/2021

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **17/09/2021**

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

VIGILADO Supersalud