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 Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA MILENA CRUZ QUEVEDO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.033.749.950						
CORREO ELECTRONICO:	anelim-28@hotmail.com				CELULAR:	3209450976						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CENTRAL DE MEZCLAS				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10M05-CM	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488415854139								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1549-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 3			
NÚMERO DE CDP	154	FECHA	3/01/2022	NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Para prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como REGENTE 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		
		21	1	2022		31	1	2022		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	2,085,432									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.866.008
VALOR EJECUTADO	$695.144
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$695.144
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.170.864
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 $2,194,508, 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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
				3		#¡VALOR!

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de ENERO del año (2022). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ DARY TERAN MERCADO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Milena Cruz 1033749950
ANA MILENA CRUZ QUEVEDO
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:	CENTRAL DE MEZCLAS			**Sede: UMHES KENNEDT**						
No. DE CONTRATO:	1549-2022	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			21	1	2.022		31	1	2.022
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA MILENA CRUZ QUEVEDO		**C. C.**		1.033.749.950		**DE**		BOGOTA

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 REGENTE DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar el proceso de recepción técnica de los medicamentos que lleguen por parte de los proveedores y velar que estos cumplan con las condiciones técnicas requeridas por la institución.	SI	Verificar lotes y fechas de vencimiento de los medicamewntos e insumos que se utilizan para la preparacion de nutriciones de adultos y neonatos y antibioticosos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	Hacer proceso de verificación a los medicamentos antes de la realizacion de la orden de produccion reempaque, reenvase.
Aplicar los manuales y verificar que esten correctamente diligenciadas las ordenes de alistamiento, y seguir las indicaciones de los Químicos Farmacéuticos y/o Coordinador del servicio farmaceútico.	SI	alistar las ordenes de pedido delas nutriciones de neonatos y adultos y unidosis de antibioticos, verificar las cantidades solicitadas y las concentraciones solicitadas de cada medicamentos asi como los insumos solicitados	ordenes de alistamiento, de produccion, producto con el cumplimiento de las respectivas condiciones para ser utilizados en la preparacion de nutriciones de aduiltos y neonatos y antibioticos
Entrega del producto terminado en las difentes areas que solicitaron	SI	Se realiza verificacion contra orden de entrega y producto terminado, se verifica que coincida el nombre y cama de cada paciente y se entrega al jefe de enfermerioa	Formato de entrega donde se relacionan las nutriciones de adultos y neonatos y las unidosis de antibioticos
apoyo en la preparacion de productos para reempaque y Reenvase	SI	verificar lote fecha de vencimiento contra la planilla de alistamiento para ser cortados uno a uno antes de ser reempacados	Aplicativo de Reempaque y Reenvase.
Apoyar el proceso de producción, control de calidad y suministro de los insumos para la adecuada preparación de las nutricicnes parenterales para los pacientes adultos, pediátricos y neonatales derivados de los diferentes servicios del hospital.	SI	apoyo al alistamiento de los insumos propios para la preparación de la nutrición adecuación del área pertinente para tal fin, apoyo al químico farmacéutico en el proceso para llegar a su elaboración.(fin de semana correspondiente)	Entrega y archivo de la órden de producción pertinente a la elaboración de las nutriciones parenterales solicitados por los servicios de UCI.
Ingreso al sistema (DINAMICA) para realizar los cobros de nutriciones de adultos y neonatos y unidosis de antibioticosl .rales, cobro de jeringas de la adecuacion de antibioticos. Cargo a la cuenta del paciente del producto terminado.	SI	Ingreso al sistema (DINAMICA)para reraalizar el cobro de las Nutriciones Parenterales neonales y adultos. Solicitud de insumos a la farmacia para la preparacion de nutriciones parenterales. Cargo a la cuenta del paciente de la nutricion parenteral. cobro de jeringas a paciente por la adecuacion de antibioticos (fin de semana correspondiente)	registro de movimiento en sistema DINAMICA
Entrega a servicios de producto terminado, nutriciones parenterales, y adecuaciones de medicamentos por lotes.	SI	Diligenciar los formatos de entrega de los productos terminado, nutriciones parenterales, y adecuaciones de medicamentos para la unidad de recien nacidos (fin de semana correspondiente)	Formato de entrega de nutriciones parenterales y formato de entrega de adecuaciones de central de mezclas.
Realizar la verificación y velar por el cumplimiento, diligenciamiento de los registros de los datos en los formatos establecidos por el servicio de central de mezclas para soportar su gestión.	SI	apoyo a la recopilación de la documentación generada con la orden de producción para el batch record, el cual consta de la orden de producción, despeje de línea, testigo de etiquetas y solicitud de insumo de central de mezclas (fin de semana correspondiente)	Verificar que la documentación que conforma el paquete técnico esté completa y revisada por el director técnico, y posterior archivo de la misma.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 695,144 SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

Milena Cruz 1033749950

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:

ANA MILENA CRUZ QUEVEDO

C.C 1.033.749.950 de Bogotá

La suma de $695.144 por concepto de: Pago de honorarios durante el periodo de 21 al 31 de enero de 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1549-2022

Milena Cruz 1033749950

ANA MILENA CRUZ QUEVEDO

C.C 1.033.749.950 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488415854139

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.749.950

CRUZ QUEVEDO

APELLIDOS

ANA MILENA

NOMBRES

Milena Cruz

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-NOV-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-DIC-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1600150-00238921-F-1033749950-20110127 0025819602A 1 35680570

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **28/12/2021**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ANA MILENA CRUZ QUEVEDO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1033749950**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488415854139**
Fecha de apertura	**31/08/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0 1] Inscripción

4. Número de formulario 14804019290

(415)7707212489984(8020) 000001480401929 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1033749950	9	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	1033749950	2010 12 09

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRUZ	QUEVEDO	ANA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 11 D 50 B 33 SUR

42. Correo electrónico: anelim-28@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3209420976	

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
7490	2021 01 04							

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																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 7 61. Fecha 2021 - 12 - 31 / 11 : 56: 52

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 ROZO GIRALDO YOLANDA CECILIA
985. Cargo Gestor III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ARL | sura

Medellín, 31 de enero de 2022

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

CERTIFICA:

Que ANA MILENA CRUZ QUEVEDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033749950 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 24/01/2022 **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:
C10337499502203138530

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: 31/01/2022 10:42 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:

ANA MILENA CRUZ QUEVEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.749.950**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Enero del 2022.

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.

SaludTotal EPS

Bogotá, Enero 10 de 2022

Señora:
CRUZ QUEVEDO ANA MILENA
CC. 1033749950
CR 11D 50B 33 SUR - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 26 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CRUZ QUEVEDO ANA MILENA	1033749950	C	Ago-26-2020	55	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	1033749950	Dependiente	CERRADO
MEDINATURAL IPS SAS	1033749950	Dependiente	CERRADO
PRESENCIA LABORAL SAS	1033749950	Dependiente	CERRADO
SERVICIO Y ATENCION NACIONAL EN SALUD SANAS IPS S	1033749950	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos