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:	ESTEFANY ACUÑA ACUNA												
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	X	C.E		NO.	1.010.168.678							
CORREO ELECTRONICO:	estefanyacuna86@gmail.com				CELULAR:	3193345813							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	SUR							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS PATIOS												
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	M05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	457800029441					PENSIONADO	NO						

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENC	1973- 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 8				
NÚMERO DE CDP	1433	FECHA	30/08/2018	NÚMERO DE CRP	37996	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión 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.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2018		30	9	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.576.350									
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:	$12.610.800
VALOR EJECUTADO	$12.610.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.576.350
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 <u>mínimo</u> 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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
						$0

Dado en Bogotá a los (30) dias del mes de septiembre del año Dos Mil Diecioho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ESTEFANY ACUÑA ACUÑA
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS – FARMACIA						**Sede: PAPS PATIOS**		
No. DE CONTRATO:	1973- 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.018		30	8	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ESTEFANY ACUÑA ACUÑA		**C. C.**	1,010,168,678			**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 AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el suario	SI PROGRAMADO	Recibe la formula verificar en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) facturar y entregar el medicamento al usuario	se dispensaron 1309 formulas correspondientes a las eps-s cotratadas por la subred
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descarge	SI PROGRAMADO	Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema hosvital	se hizo el descargue de 2950 medicamentos
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido	SI PROGRAMADO	semaforizar oprotunamente los medicamentoscon base en la recepcion tecnica realizada mensualmente.	Se realiza el almacenamiento adecuado, la semaforizacion(color rojo inferior a seis meses), se reguistra los datos de la recepcion tecnica en medio magnetico
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	SI PROGRAMADO	programar mensualmente la limpieza de estanterias y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos	se realiza limpieza de estanteria cada 8 dias y se almacenan los medicamentos de tal manera que los primeros en vencer sean los que primeros en entregar
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI PROGRAMADO	Realizar la entrega oportuna de los eventos, facturas de FFDS y hojas de ruta al area de facturacion	Se entrega la facturacion emitida al ffds y las eps-s en modalidad evento con sus respecitos soportes, junto a hoja de ruta
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	SI PROGRAMADO	Realizar la entrega oportuna de los informes solicitados que intervienen en el proceso de calidad	Se entrega los informes del mes de indicadores, recepcion tecnica,toma de temperatura
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SI PROGRAMADO	Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes	En el mes se registraron 1309 formulas, 2950 medicamentos entregados y 0 medicamentos pendientes
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	SI PROGRAMADO	Velar por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo	Soy cuidadosa con el equipo de computo y escaner, al terminar las funciones diarias se deja cerrado con llave
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	SI PROGRAMADO	Se realizo UAT de farmacia .	Se realizo UAT de farmacia el 6 de septiembre en USS Asuncion Bochica.
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	SI PROGRAMADO	Hacer seguimiento oportuno de los procedos y procedimientos establecidos por la subred	Se realiza dispensacion, recepcion, almacenamiento y seguimento a medicamentos pendientes
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	SI PROGRAMADO	Realizar oportunamente las actividades programadas mensualmente por el supervisor	Se entrega oportunamente el informe con las respectivas actividades realizadas para ser certificadas por el supervisor
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	SI PROGRAMADO	Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes, formulas mal diligenciadas	En el mes se registraron 1309 formulas, 2950 medicamentos entregados, 0 medicamentos pendientes y a la fecha no hay formulas mal diligenciadas
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI PROGRAMADO	Por memorando interno, en acato a decreto 1273/2018, se envia cuenta con certificados de afiliacion a la seguridad social para este periodo.	Se entrega certificados de afiliacion de seguridad social.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI PROGRAMADO	Entregar oportunamente la glosa solicitada durante el periodo	Se entrega soportes de la glosa de fondo financiero de vigencia 2016, al área de facturación
Observaciones:			

TOTAL A PAGAR (Número y letras):1,576,350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/C

Estefany Acuña Acuña 1010168678

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

30-09-2018.

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.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ESTEFANY ACUÑA ACUÑA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,010,168,678**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 17 de septiembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que ESTEFANY ACUÑA ACUÑA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1010168678 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/08/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE 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: 0000000006 - ADMIN OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
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%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

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:C10101686781826061719

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/09/2018 5:08 PM

Dirección IP: 190.248.8.194, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA