

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Angelica Mayerly Acosta Bustos					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	NO.	53,084,416		
CORREO ELECTRONICO:	mayis.pau@hotmail.com			CELULAR:	3142622168		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUR			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO			SEDE:	CAPS PATIO BONITO		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo
	M05	100%					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				04589054569	PENSIONADO		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5465-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO	4 DE 4	
NÚMERO DE CDP	1990	FECHA	13-12-2018	NÚMERO DE CRP	90353
		FECHA	17-12-2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa 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
		1	12	2018	31
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$1.873.392				
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:	\$7.306.232
VALOR EJECUTADO	\$7.306.232
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.873.392
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

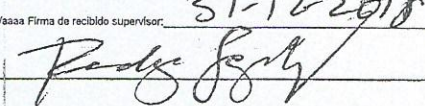
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7707609183	\$781.242	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$242.500

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Diciembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Fecha de aprobación Código:		03/04/2017 04-02-FO-0003			
Ubicación del Servicio:		USS PATIO BONITO				Sede: USS PATIO BONITO			
Nº. DE CONTRATO:		5465-2018		Periodo certificado desde el		Día Mes Año 1 12 2.018 a 31 12 2.018			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS				C. C.		53,084,416 DE BOGOTÁ	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar 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									
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI NO Servicios: SI X NO									
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS			
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la fórmula médica presentada por el usuario		SI		Se apoya en la prestación del servicio		Recepción técnica mensualmente			
Apoyar el proceso de recepción técnica de los medicamentos y dispositivos médicos que lleguen de los proveedores y que estos cumplan con las condiciones técnicas requeridas por la institución.		SI		Se realiza la recepción técnica de cada uno de los medicamentos que ingresan a la farmacia de acuerdo a la solicitud mensual.		Recepción técnica mensual			
Realizar seguimiento a los inventarios que sean ingresados a la farmacia a cargo		SI		Se realiza la verificación en el sistema de datos		Se realiza seguimiento a la facturación diaria			
Realizar los informes de próximos vencimientos de medicamentos y dispositivos médicos y si estos no son reportados a tiempo realizar la comunicación al coordinador del servicio farmacéutico para tramitar su respectivo descuento de nómina.		SI		Se realiza la revisión y seguimiento a los informes entregados por la auxiliares de farmacia		Se realiza supervisión a las actividades de auxiliares de farmacia			
Realizar auditoría a los movimientos de medicamentos de control especial y estructurar los informes de movimientos, garantizando que los datos registrados sean confiables, verídicos y remitirlos al coordinador del servicio farmacéutico.		SI		No aplica no se manejan medicamentos de control especial		No se manejan en la farmacia			
Apoyar y monitorizar el proceso de solicitud de reposición de medicamentos y dispositivos médicos realizando un adecuado proceso de planeación de los pedidos según tiempo de reposición establecido		SI		Se realiza el solicitud mensual		Se realiza pedido mensual al área encargada			
Promover el manejo adecuado de los inventarios de cada una de las farmacias, para lo cual debe presentar al personal asistencial los informes de baja rotación de inventarios y próximos vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos y/o gestionar con otras farmacias su rotación para evitar que estos se venzan		SI		Se cuida del inventario en insumos para desempeñar la labores asignadas		Informe próximos a vencer medicamentos de baja rotación Informe			
Realizar seguimiento a los inventarios aleatorios y arqueos planteados por los auxiliares de farmacia.		SI		Se realiza seguimiento		Supervisión y seguimiento a los conteos aleatorios			
Apoyar al químico farmacéutico y/o coordinador del servicio farmacéutico en la gestión y presentación de informes de diferentes entidades de control		SI		Se realiza la gestión oportunamente		Indicadores mensuales			
Realizar la estructuración y entrega de los informes de gestión que son requeridos por el Químico farmacéutico y/o coordinador del servicio		SI		Se entregan oportunamente los informes requeridos		Informes mensuales de 1 al 5 de cada mes			
Realizar la verificación y velar por el cumplimiento del diligenciamiento los registros de los datos en los formatos establecidos por el servicio farmacéutico para soportar su gestión.		SI		Se informa oportunamente las fallas presentadas durante la prestación del servicio.		Reporte ticket por almera			
Llevar a cabo los controles para asegurar el uso racional de los medicamentos y dispositivos médicos		SI		Dentro de los servicios se implementan los procedimientos		Procesos y procedimientos aplicados en el servicio farmacéutico+			
manejar los medicamentos de control especial y monopolio del Estado conforme a la normatividad vigente.		SI		No se manejan medicamentos de control especial		No se manejan en la farmacia			
Apoyar el desarrollo de la política institucional de medicamentos y los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia, uso racional de antibióticos y programa de seguridad del paciente.		SI		Dentro de los servicios se implementan los procedimientos		Procesos y procedimientos aplicados en el servicio farmacéutico			
participar en las capacitaciones y reuniones convocadas y realizar convocadas y realizar retroalimentación al personal de la farmacia y asistenciales de los temas tratados.		SI		Se asiste oportunamente a reuniones programadas		Planilla de asistencia			
Verificar al desempeño de los auxiliares de farmacia a cargo y emitir los respectivos informes al químico farmacéutico y/o coordinador del servicio farmacéutico		SI		Se informa oportunamente las falencias en el desempeño de los auxiliares de farmacia		Acta de reunión			
Responder asistencial y administrativamente por los inventarios de medicamentos y dispositivos médicos que le sean asignados		SI		Se responde de acuerdo a la necesidad del servicio		Inventario general			
Conocer y dar cumplimiento a la documentación propia del servicio farmacéutico (manual de procesos y procedimientos)		SI		Dentro de los servicios se implementan los procesos y procedimientos		Procesos y procedimientos que aplican a la farmacia			
Realizar las correcciones, acciones correctivas y/o preventivas de acuerdo a los planes de mejoramiento relacionados con los procesos del servicio farmacéutico.		SI		Dentro de los servicios se implementan los procedimientos		Acta de reunión			
Dar cumplimiento a los lineamientos y directrices emitidas por el químico farmacéutico y/o coordinador de la farmacia.		SI		Se cumple oportunamente con las directrices emitidas por el Químico Farmacéutico		Se siguen directrices			
OBSERVACIONES:									
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1,873,392 (UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS)									
Angelica Mayerly Acosta Bustos NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 53084416				Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 31-12-2018 					

BancoLombia

TOTAL	\$ 241.800
-------	------------

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

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 **ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **53084416** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 53084416
NOMBRES Y APELLIDOS	ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS
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	01-11-2016
FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA	VIGENTE
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	106
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	50

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 14/12/2018

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR
SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS**

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Línea de Atención Desde Medellín 448 61 15 Resto del país 018000 519 519

www.epssura.com

Medellín, 14 de diciembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 53084416 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 05/09/2018

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE 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%

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%

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: C530844161834835984

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:

14/12/2018 9:59 AM



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGELICA MAYERLY ACOSTA BUSTOS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **53,084,416**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes