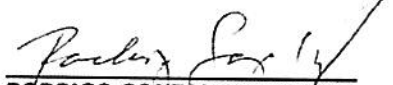
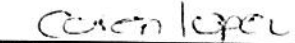


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO								
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.		1033726550			
CORREO ELECTRONICO:			Karenlore@hotmail.com			CELULAR:		3144346515			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						Sur					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			SERVICIO FARMACEUTICO			SEDE:		CAPS TRINIDAD GALAN			
CENTRO DE COSTOS:		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			4870494319						PENSIONADO		No
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			1983-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 de 10		
NÚMERO DE CDP		1731	FECHA	29/10/2018	NÚMERO DE CRP		45003	FECHA	31/10/2018		
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 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	11	2018		30	11	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:						\$15.814.350					
VALOR EJECUTADO						\$15.814.350					
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
8330927620	\$781.242	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800					
Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Noviembre del año Dos Mil Dieciocho(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.											
 RÓDRIGO GONZALEZ FONSECA NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 CAREN LORENA LOPEZ 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

Ubicación del Servicio:		UNIDAD DEL SUR FARMACIA		Sede: CAPS TRINIDAD GALÁN					
No. DE CONTRATO:	1983-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Me s	Año
			1	11	2 018		30	11	2 018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO		C. C.	1.033.726.550			DE	BOGOTÁ	
<p>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 INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo al requerimiento institucional. SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo a las necesidades de la institución</p>									
<p>El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐</p>									
OBLIGACIONES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS			
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario	PROGRAMADO	Realizo una atención integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes.				Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio 280 formulas y urgencias formulas: 28			
Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue	PROGRAMADO	Se realiza facturación				facturación de medicamentos, ambulatorio 280 y urgencias 28 con sistema Dinamica			
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			
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de Legibilidad oportunidad e integridad	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	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 obligación	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 obligación	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.
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 entregarlos 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 área.
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.
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen.	PROGRAMADO	Se garantiza la calidad de los servicios.	cero quejas por parte de pacientes
Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato	PROGRAMADO	Se cumple las leyes y toda normatividad.	cumplimiento por parte del área. revisiones periodicas
Conocer y aplicar las políticas institucionales.	PROGRAMADO	Se aplican políticas institucionales mediante revisiones periodicas.	Auditorias de concurrencia
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos

Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o	PROGRAMADO	Se obra con lealtad en el desarrollo del presente contrato.	Actividades desarrolladas en el contrato.
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y	PROGRAMADO	Pago de seguridad Social.	planilla de pagado.
Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	PROGRAMADO	Se cumplen als guias y manuales.	Auditorias mensuales
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a titulo de préstamo para la ejecución de	PROGRAMADO	Se responde por recursos y elementos de la farmacia.	Elementos en buen estado
Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
actualización presenciales y virtuales, inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y	PROGRAMADO	Se realizan inducciones presenciales y virtuales.	Pantallazos de inducciones.
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred	PROGRAMADO	Se protege la imagen de la Subred	No se realizan comentarios mal intencionados y se procura el bienestar institucional en el area de Farmacia
En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal,	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos	PROGRAMADO	Se aplican las normas de gestión ambiental	Manejo Integral de residuos
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su	PROGRAMADO	Se cumplen los planes de emergencia.	

Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. .	PROGRAMADO	Se realizan actividades según contrato.	Se verifica en informes de actividades
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.576.350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS			
CONTRATISTA <u>Caren Lopez</u> <small>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL</small> <u>CC 1033926350</u>		Fecha dd/mm/aaaa <u>30-12-2018</u> Firmado de recibido <u>[Firma]</u> Supervisor <u>[Firma]</u>	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.			

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO
No. Identificación: CC1033726550
Dirección: CRA 18 A NRO 54 -70 SUR
Telefono: 0000000
Correo: KARENLORE_@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8330927620

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1033726550	Periodo de Cotización Salud	octubre de 2018
Número de planilla	8330927620	Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2018
Fecha pago	2018-11-02	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	30927620	Total Pagado	241800
Banco	1052	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
231001	Colfondos	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1033726550
APELLIDOS Y NOMBRES: CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	231001	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Bogotá, Noviembre 15 de 2018

Señora:

LOPEZ MANQUILLO CAREN LORENA

CC. 1033726550 CR 18 A N 54 70 SUR 3123390546 - 2796429

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 6 de 2014. 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
LOPEZ MANQUILLO CAREN LORENA	1033726550	C	Ago-6-2014	142	26		VIGENTE			
VASQUEZ LOPEZ JOHAN SEBASTIAN	1033727184	T	Ago-6-2014	142	26	HUO MENOR DE 18 AÑOS	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
CAREN LORENA LOPEZ	1033726550	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
CAREN LORENA LOPEZ	1033726550	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
CAREN LORENA LOPEZ	1033726550	Trabajador Independiente	CERRADO

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,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO identificado(a) con C.C No. 1.033.726.550, 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 15 de noviembre del 2018.

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 duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



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

Medellin, 15 de noviembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033726550 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/08/2016

Fecha fin cobertura: 30/04/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE
SUB RED SUR N900958564
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: 0000000001 - ASISTENCIAL
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: C10337265501831960110

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:

15/11/2018 4:41 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA