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:	LINA MARIA TINOCO MORENO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39547626							
CORREO ELECTRONICO:	linuchis70@hotmail.com				CELULAR:	3212939272							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE												
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	%	
	KE10M05	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24077186816								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5409-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 1				
NÚMERO DE CDP	929	FECHA	25/06/2020	NÚMERO DE CRP	28573	FECHA	1/07/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	Para prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE FARMACIA , dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVIVIOS DE SALUDSUR OCCIDENTE ESE, de acuerdo a las necesidades de la institución.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	7	2020		31	7	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.734.450
VALOR EJECUTADO	$1.734.450
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
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 $2,070,290, 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

Dado en Bogotá a los (xx) días del mes de Julio del año Dos Mil Diecinueve (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Lina Tinoco

LUZ DARY TERAN MERCADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

LINA MARIA TINOCO MORENO
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:	Farmacia Urgencias									Sede: USS KENNEDY		
No. DE CONTRATO:	5409-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	7	20		31	7	20			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINA MARIA TINOCO MORENO									CC 39547626		BOGOTÁ

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 Oc

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
A. Buscar estrategias que garanticen un adecuado almacenamiento y organización de los productos,formulas médicas,justificaciones y solicitudes archivadas a diario	100%	todo se organiza de la mejor manera para que al momento de alistar sea mas rapida y eficaz la entrega.	todo debidamente almacenado y organizaodo al momento de entrega de turno.
B. Recibir,revisar,codificar y controlar las prescripciones de medicamentos , su dosificación y cantidades y las solicitudes de elementos médico-quirúrgicos y realizar la relación de egresos diaria y su verificación si es necesario	100%	se verifica que todo los formatos como formulas medico quirurgicos y formatos no pos cumplan con todo lo establecido por ley	se dosifica y entrega la cantidad solicitada firmada por quien lo entrega.
C. Alistar y entregar los medicamentos y dispositivos médicos en los diferentes servicios	100%	en el turno de la mañana se alista todo los medicos quirurgicos solicitados por los servicios. Y en la tarde los medicamentos mas la ventanilla.	se rotan los servicios entre todos con el fin de cambiar cada dia de servicio.
D. Verificar el diligenciamiento de los formatos de justificación de los medicamentos no incluidos enel Plan Obligatorio de Salud	100%	cuando el medicamento requiere no pos se verifica que contenga todos los formatos diligenciados correctamente con sello y firma de medico.	se entraga al jefe que lo solicite con sello de recibido
E. Organizar y clasificar en sus respectivos estantes los pedidos de los medicamentos y dispositivos médico quirúrgicos y recibirlos si es necesario	100%	una vez llegue el pedido se organiza en estibas y se surte donde corresponda	dos veces por semana llega el pedido y se organiza casi siempre en el turno de la mañana.
G. Realizar conteos de medicamentos y elementos dispositivos-quirúrgicos para su respectivo seguimiento y control.	100%	se lleva el control de fechas de vencimiento cada 15 dias	
I. Realizar seguimiento y control en libros a los medicamentos y/o dispositivos de alto costo y de medicamentos NO POS y antibióticos.	100%	se lleva seguimiento en formulas de control especial	se descarga en los libros de control verificando cantidades.
L. Digitar durante el turno si es necesario las prescripciones de medicamentos y dispositivos medico-quirurgicos entregados e imprimir los reportes respectivos y los que sean necesarios	100%	la digitacion es rotada en el turno, despues de las 5 de la tarde	se digita lo que quede y llegue despue de esa hora
M. Realizar la entrega de medicamentos en los servicios correspondientes a cada farmacia solicitados para los pacientes que se encuentren hospitalizados	100%	los servicios son rotados por todos los auxiliares para su dosificacion y entrega.	el unico servicio que se entrega mano a mano es el 2 piso
N. Custodiar y responder por los bienes a cargo y realizar la atención a las actividades propias del inventario,según las necesidades del servicio.	100%	todos los bienes que posee la intitucion y/o farmacia se deben cuidar	de nosotros depende el bienestar y cuidado del hospital
O. Informar oportunamente al interventor de las faltas y fallas encontradas en el desarrollo de los procesos y procedimientos del servicio	100%	se informa a la regente cuando algo hace falta	se solicita en otras farmacias.

OBSERVACIONES: Vo.Bo. Luz Dary Teran Mercado - Referente Farmacia USS Kennedy

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,734,450 UN MILLÓN SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL PESOS M/TCE

CONTRATISTA: Lina Tinoco

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:

LINA MARIA TINOCO MORENO

C.C 39547626 DE BOGOTA

La suma **UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL PESOS ($1.734.450),** por concepto de: **Prestación de servicios como AUXILIAR DE FARMACIA en el área de Farmacia de la unidad de Kennedy dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E durante** el periodo de 01 al 31 de JULIO de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5409-2020

Lina Tinoco

LINA MARIA TINOCO MORENO

C.C 39547626 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24077186816

Banco Caja Social

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN CAJA SOCIAL

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

LINA MARIA TINOCO MORENO *Identificado con* *CC39547626*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0042 SANTA LIBRADA, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24077186816*
Fecha de Apertura	:	*14 de septiembre de 2017*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: A QUIEN INTERESE
Realizada en la oficina 0042 SANTA LIBRADA de la ciudad de BOGOTA, el día viernes 12 de Junio de 2020.

Cordialmente,

Efectuado por:
J4E0C1S0 - JOSE FERNANDO ESQUIVEL CHAPARR

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social Establecimiento Bancario

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **LINA MARIA TINOCO MORENO**, identificado con **CC** número **39547626**, aportó en nombre de **LINA MARIA TINOCO MORENO**, identificado(a) con **CC** número **39547626** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **3 - Independiente** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2020-07** y salud **2020-07** de la siguiente manera:

25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones														0		30	$877.803	$140.500	$0	$0	Julio - 2020	8343981974	10/07/2020	N
EPS002	Salud Total EPS														0		30	$877.803	$109.800	$0	$0	Julio - 2020	8343981974	10/07/2020	N

El presente certificado se expide a los 10 días del mes Julio de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec

Certificado N° SI 006-1

ARL | sura

Medellín, 14 de julio de 2020

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

CERTIFICA:

Que LINA MARIA TINOCO MORENO identificado(a) con cédula de ciudadanía 39547626 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 02/07/2020 **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%

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:C395476262019627544

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: 14/07/2020 7.39 AM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.547.626

TINOCO MORENO

APELLIDOS

LINA MARIA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1968

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-SEP-1987 ENGATIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00536932-F-0039547626-20140118 0036661589A 2 40140411

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 2 1 Solicitud de retiro de IVA a no responsable

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14661450979

(415)7707212489984(8020) 000001466145097 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 9 5 4 7 6 2 6 | 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico:

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	3 9 5 4 7 6 2 6	1 9 8 7 0 9 2 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogota D C 1 1	Bogotá D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TINOCO	MORENO	LINA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá. D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 14 V 74 D 48 SUR

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
linuchis70@hotmail.com		3 2 1 2 9 3 9 2 7 2	

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
8 2 9 9	2 0 1 7 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 5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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: 2019 - 09 - 27

La información suministrada a través de este acto 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: IZARAZO BARRERO ADRIANA MILENA

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF 15-06-2020 12:46:14:784