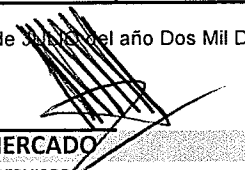
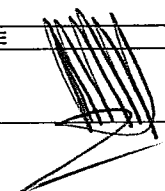
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

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 gestión como AUXILIAR DE FARMACIA, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 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 <u>mínimo</u> 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			
<p>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,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  LUZ DARY TERAN MERCADO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR </div> <div style="text-align: center;">  LINA MARIA TINOCO MORENO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA </div> <div style="text-align: right;"> <p>45/06/20</p> </div> </div>															

 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. <small>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</small>
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

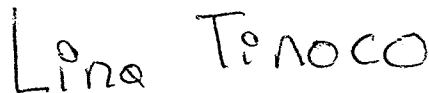
Ubicación del Servicio:		Farmacia Urgencias		Sede: USS KENNEDY								
No. DE CONTRATO:		5409-2020		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						1	7	20		31	7	20
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LINA MARIA TINOCO MORENO		CC: 39547626						BOGOTÁ		
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre 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 en el 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 entrega 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 dosificación 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: <u>Lina Tinoco</u>				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 MARIA TINOCO MORENO

C.C 39547626 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24077186816



UNA RED DE SERVICIOS FINANCIEROS

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

LINA MARIA TIHOLO MORENO

Identificado con

CC39547926

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 protección

Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: A QUIEN INTERESE

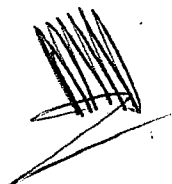
Realizada en la oficina 0042 SANTA LIBRADA de la ciudad de BOGOTÁ, el día viernes 12 de Junio de 2020.

Cordialmente,

Efectuado por:

J4E0C1S0 - JOSE FERNANDO ESQUIVEL CHAPARR


FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS



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:

[illegible]

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.



Certificado N° SI 006-L

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 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% **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 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:

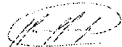
Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

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: C395476262019627544

Atentamente,

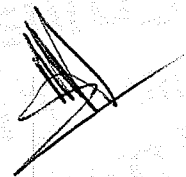


Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.547.626**

TINOCO MORENO

APELLIDOS

LINA MARIA

NOMBRES

Lina Y J.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

04-NOV-1968

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

21-SEP-1987 ENGATIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00536932-F-0039547626-20140118

0036661589A 2

40140411

Formulario del Registro Único Tributario



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 0

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión líquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

3 9 5 4 7 6 2 6

27. Fecha expedición

1 9 8 7 0 9 2 1

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

TINOCCO

32. Segundo apellido

MORENO

33. Primer nombre

LINA

34. Otros nombres

MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 14 V 74 D 48 SUR

42. Correo electrónico

linuchis70@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 2 9 3 9 2 7 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

12 0 1 7 0 7 2 8

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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

54- Impto. renta y contrib. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49- No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

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

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 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 18.1.2.20 del Decreto 1825 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