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:	SINDY MARCELA VANEGAS PINZON											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1024489334						
CORREO ELECTRONICO:	sindyvanegas@outlook.com				CELULAR:	319 3351567						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS FONTIBON							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UCI				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO03J06	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	56786276484								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	98-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1				
NÚMERO DE CDP	15	FECHA	1/01/2021	NÚMERO DE CRP	22	FECHA	6/01/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institucion.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		20	01	2021		31	1	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA	$12.000									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%								

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 Se realiza 72 horas normales en el mes de enero.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.514.000
VALOR EJECUTADO	$864.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$864.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.650.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	11%

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 $2.194.508, 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
				3		

Dado en Bogotá a los (XX) días del mes de ENERO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Sindy Vanegas
SINDY MARCELA VANEGAS PINZON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UCI			**Sede: UNIDAD FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	98-2021	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				20	01	2021		31	01	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SINDY MARCELA VANEGAS PINZON		**C. C.**	1.024.489.334	**DE**	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** de acuerdo al requerimiento institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente.	100%	Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente.	ENTREGA DE TURNO
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	100%	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	100%	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	100%	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERAN
Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	100%	Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	100%	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	100%	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	100%	Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	100%	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO LO REQUIERAN
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE PRESENTEN
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conoco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO LO REQUIERAN
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR :	**$ 864.000**	**OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE**

Sindy Vanegas

CONTRATISTA: CC 1024489334

Fecha:

SUPERVISOR:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

compensar

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SINDY MARCELA VANEGAS PINZON identificado(a) con cedula ciudadania 1.024.489.334, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20201201	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Enero de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

CER-AFI

Elaboró: LUZ MERY ESCOBAR
15143706

www.compensar.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VANEGAS PINZON SINDY MARCELA** identificado(a) con **CC** número **1.024.489.334** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de febrero de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de enero de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20210122092?

Colmena Seguros

NIT 800226175-3
Línea Efectiva 018000 9 38667

CERTIFICACION DE AFILIACION TRABAJADOR

Colmena seguros se permite certificar que el (la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra (ó) afiliado(a) a esta administradora de riesgos laborales bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	VANEGAS PINZON SINDY MARCELA
IDENTIFICACION:	C.C. 1024489334
INICIO DE VIGENCIA:	29/01/2021
FIN DE VIGENCIA:	30/04/2021
TIPO DE TRABAJADOR:	INDEPENDIENTE
CLASE RIESGO TRABAJADOR INDPTE:	III
CLASE RIESGO SEDE:	III
CONTRATO INDPTE:	600459556
INGRESO MENSUAL:	$ 1.593.180.00
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

DATOS CONTRATANTE

RAZON SOCIAL:	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
CC /NIT:	900959048
ESTADO ACTUAL:	Empresa no afiliada a esta ARL

La presente se expide a los 30 días del mes de Enero del año 2021.

Cordialmente,

Elba Cuadros Corredor
Dirección de Canales
Colmena seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Colmena Seguros S.A. NIT 800226175-3

Certificado Bancario

Viernes, 29 de Enero de 2021

Señor
SUBRED SUR OCCIDENTE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SINDY MARCELA VANEGAS PINZON identificado(a) con CC 1024489334, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	56786276484	2017/12/13	CXC PENDIENTES

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SINDY MARCELA VANEGAS PINZON

C.C 1024489334 DE BOGOTA

La suma de $ 864.000, por concepto de: : Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como auxiliar de enfermeria. De acuerdo al requerimiento institucional. durante el periodo del 20 al 31 de ENERO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 98-2021

Sindy Vanegas

SINDY MARCELA VANEGAS PINZON

C.C 1024489334 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 56786276484