MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
SECRETARIA GENERAL

EL SUSCRITO JEFE GRUPO PENSIONADOS

H A C E C O N S T A R

Que el Señor(a) DJ. LUZ MARINA VANEGAS DE MONTENEGRO identificado con CC No. 41.683.664, es titular de pensión de Jubilación, reconocida mediante resolución Nro. 999 del 01/01/1900.

Que de la mesada pensional se descuenta un 4% con destino a la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional.

La presente constancia se expide a solicitud del titular de pensión, para ser presentada a quien interese.

Bogotá, jueves, 12 de agosto de 2021.

Capitán **MIGUEL ÁNGEL ARCE DÍAZ**
Jefe Grupo Pensiones

Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO: CARACTERIZACION DE LA POBLACION Y ACTUALIZACION DE DERECHOS	
Código:		
Fecha:	CONSTANCIA DEL ESTADO DE AFILIACIÓN DE TITULARES COTIZANTES Y BENEFICIARIOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL	POLICÍA NACIONAL
Versión: 0		

SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO REGISTRO Y CONTROL DE USUARIOS

HACE CONSTAR QUE:

El (La) señor (a) VANEGAS DE MONTENEGRO LUZ MARINA, identificado(a) con C.C. No. 41683664, de BOGOTA se encuentra AFILIADO en calidad de COTIZANTE y se encuentra ACTIVO al Plan Obligatorio de Salud de la Policía Nacional, Dirección de Sanidad (Régimen de Excepción) como DJ - PENSIONADA de la Policía Nacional.

El Decreto 1703 de 2002, Artículo 14. Establece que para efectos de evitar el pago de cobertura y desvinculación de recursos, las personas que se encuentren excepcionadas por la ley para pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido en el Artículo 279 de la Ley 100 de 1993, no podrán utilizar simultáneamente los servicios del Régimen de Excepción y del Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un Régimen de excepción tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales este obligado a cotizar al sistema de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al FOSYGA en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del Régimen de excepción, las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán cubiertas por el FOSYGA en proporción al Ingreso Base de cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes. Para tal efecto el empleador hará los trámites respectivos.

La presente se expide a solicitud del interesado. Dada en Bogotá D.C., el día jueves, SIETE (07) de diciembre de Dos Mil Diecisiete (2017), para ser presentada a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

CLAUDIA MARCELA CUBILLOS CELIS
Responsable Afiliación y Actualización de Derechos

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	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ MARINA VANEGAS DE MONTENEGRO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	41683664	
CORREO ELECTRONICO:	luzmarinavanegasdemontenegro@hotmail.com				CELULAR:	3213179949	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10L02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570007260				PENSIONADO	SI	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5265			VIGENCIA		2022	
NÚMERO DE CDP	788	FECHA	2023-04-12 10:27:35.000	NÚMERO DE CRP	20371	FECHA	2023-04-17 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-05-01		2023-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,061,438				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

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:	$43,995,606
VALOR EJECUTADO	$29,189,496
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,061,438
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$14,806,110
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66%

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 $2.194,507 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1053922209	$908,526	$113,566	$145,364	5	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
52791537
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades	1.cumplo con el porte de los elemntos de los elementos basicos,para el desarrollo de mis actividades.	1,prepare los elemntos necesarios para el desarrollo de mis actividades.
2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento	2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.	2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.
3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.	3.desarrollo mis actividades de forma responsable y con etica, según los protocolos estipulados.	3.cumpli con mis actividades de forma responsable y siguiendo los protocolos establecidos.
4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada	4.realizo mis actividades y procedimientos con una tecnica adecuada.	4.realice mis procedimientos, siguiendo los protocolos.
5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma.	5.arreglo ,limpio y organizo la unidad.	5.firmo acta de limpieza y desinfeccion.
6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales	6.preparo y colaboro a los pacientes, para la realizacion de su examen.	6.realice mi registro de notas de enfermeria con cada actividad.
7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados.	7.asisto de manera oportuna y eficaz a mis pacientes en cada una de sus actividades.	7.desarrolle mi nota de enfermeria en la aplicación de dinamica.
8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados.	8.no aplica en nuestro servicio.	8.no aplica en nuestro servicio.
9. Realizar personalmente las actividades, objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspiondiente a sus subordinados.	9.Realizo todas las actividades para la cuales fui contratado y respondo por cada una de ellas,siempre teniendo en cuenta que es responsabilidad de todo el equipo de trabajo el cumplir a cabalidad con nuestro trabajo.	9. Libro de entrega de turno y actas.
10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	10.dedico la totalidad del tiempo para el desarrollo de mis actividades contractuales.	10.regitro en el formato de recibo y entrega de turno.
16,RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 16. Recibir y entregar la información detallada del servicio a cargo (TAC, Rx, Ecografia).	16.diligencio diariamente el libro de entrega de turno.	16.libro de entrega de turno.
17. Atender las necesidades del equipo de trabajo.	17. atiendo las necesidades de mi equipo de trabajo	17. soy eficiente y eficaz
18.Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.	18.explico los procedimientos que se van a realizar a los pacientes y a su acompañante.	18. acta de consentimiento informado
19. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.	19.respeto los derechos y trato con etica a todos los pacientes.	19. trabajo con etica
20. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo	20. trato con respeto y de la mejor forma a las personas de mi entorno.	20.mantengo buenas relaciones
21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	21.cumplo con todas las disposiciones impartidas por mi jefe inmediato.	21.firma de actas de compromiso.
22. Aplicar los principios de técnica aséptica.	22,aplico los principios de tecnica aseptica.	22.carpeta de control de desinfeccion y limpieza.
23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.	23.aplico las normas de bioseguridad en el manejo de fluidos.	23.carpeta de control de desinfeccion y limpieza.
24 Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	24.cumplo con todos los protocolos establecidos en el programa de salud ocupacional.	24.apliactivo almera.
25 .Vigilar e informar faltantes del inventario..	25.vigilo e informo faltantes de inventario.	25.libro de registro de invetario.
26. Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos y materiales.	26. mantengo limpios y ordenados todos los equipos y materiales utilizados.	26.carpeta de control de desinfeccion y limpieza de equipos.
27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.	27. hago uso adecuado y racional de los insumos y equipos utilizados en mi labor.	27.libro de control.
28. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.	28.porto el carnet durante todo mi turno.	28.porto mi uniforme completo.
29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.	29.salvaguardo todos los elementos dejados a mi cargo.	29.libro de entrega de turno.
30, Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo	30.gestiono de acuerdo a lo establecido las novedades.	30.aplicativo mesa de ayuda.
31.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.	31.utilizo bienes y recursos necesarios para mi funcion de la mejor manera.	31.libro de insumos.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
52791537
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

VANEGAS DE MONTENEGRO LUZ MARINA

C.C. 41.683.664 De Bogotá

La suma de $ 2.061.438 Dos millones sesenta y un mil cuatrocientos treinta y ocho mil pesos m/cte, por concepto de: Prestar servicios a la gestación administrativo y/o asistencial en el área de imagenológia, en los diferentes procesos y procedimientos dentro de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR COCCIDENTE ESE**, de acuerdo a los requerimientos institucionales como Auxiliar de Enfermería en Radiología durante el periodo de 01 al 31 de Mayo-2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5265 – 2022



VANEGAS DE MONTENEGRO LUZ MARINA

C.C. 41.683.664 De Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO .0005.7000.7260

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-05-08, 02:46:54 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1053922209

Periodo Cotización: abril de 2023 **Periodo Servicio:** abril de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8840025590

PAGADO 08/05/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ MARINA VANEGAS DE MONTENEGRO		
Documento	CC41683664	**Dirección**	CLL 45 SUR 77 Y 60
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3213179949
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 41683664	LUZ VANEGAS DE MONTENEGRO	59	02																	0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(MIN002) ADRES MIN002 antes FOSYGA	$ 1.160.000	$ 145.000	2,436	$ 1.160.000	$ 28.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 173.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 173.300	$ 0	$ 173.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.