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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NICOLEE ANDREA PARRA VASQUEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.014.236.175						
CORREO ELECTRONICO:	nicoleeandparra@gmail.com				CELULAR:	3006932133						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICINA INTERNA				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A11 -KE10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	70244653748								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4053-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 3				
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO HOSPITALARIO I dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.**										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		11	2	2019		28	2	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.369.332										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES: Se cobras 132 horas por valor de $33,101 hora

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$16.418.096
VALOR EJECUTADO	$4.369.332
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.369.332
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$12.048.764
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	27%

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
	$0,00	$0	$0	3	$0	**$0**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de febrero del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJAN
Directora Servicios Hospitalarios

NICOLEE ANDREA PARRA VASQUEZ

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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA					**Sede: USS KENNEDY**				
No. DE CONTRATO:	4053-2019	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**12**	**Año**
			11	2	2.019		28	2	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NICOLEE ANDREA PARRA VASQUEZ		**C. C.**		1.014.236.175		**DE**	BOGOTA	

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 MEDICO HOSPITALARIO I de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno.	100%	1. Recibí y diligencié diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
2. Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred.	100%	2. Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.	100%	3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente.	100%	4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
5. Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias	100%	5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Lobro de entrega de turnos
6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.	100%	6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado.	100%	7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.	100%	8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.	100%	9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Lobro de entrega de turnos
10 . Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio	80 %	Participé en reuniones de actualización programadas en el servicio con el fin de afianzar nuevos conocimientos sobre temas de interés	Lista de asistencia
11. Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario de cada mes	100%	11. Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario del mes a certificr, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parametros eticos y profesionales con los que he sido contratado	Copia de planilla pagada

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($4,369,332) CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MCTE.

CONTRATISTA NICOLEE ANDREA PARRA VASQUEZ C.C. No. 1014236175

Firma recibido supervisor. GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJAN. Directora Servicios Hospitalarios

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.014.236.175**
PARRA VASQUEZ

APELLIDOS
NICOLEE ANDREA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-AGO-1992**
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-SEP-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00307438-F-1014236175-20110613 **0027**197458A 1 1281368106

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto [0 2] Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14496474548

(415)7707212469984(8020) 000001449647454 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 4 2 3 6 1 7 5	6	Impuestos de Bogotá [3 2]	

IDENTIFICACION

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]	[1 0 1 4 2 3 6 1 7 5]	[2 0 1 0 0 9 2]

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PARRA	VASQUEZ	NICOLEE	ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 71 D 73 A 89 BRR BONANZA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
nicoleeandparra@gmail.com		3 0 0 6 9 3 2 1 3 3	3 0 5 2 0 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 1 6 0 8 0 9	0 0 1 0	2 0 1 6 0 8 0 9				

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:	1 2																									

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

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 renovació

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: [0] 61. Fecha: [2 0 1 9 0 2 0 4]

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: PARRA VASQUEZ NICOLEE ANDREA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 04-02-2019 09:55:1

Scanned by CamScanner

Certificado Bancario

Viernes, 11 de Enero de 2019

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NICOLEE ANDREA PARRA VASQUEZ identificado(a) con CC 1014236175, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	70244653748	2015/07/06	ACTIVA

*** 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

ARL | sura

Medellín, 03 febrero 2019

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de ARL SURA S.A. a la fecha 03/02/2019 11:56, con relación a la afiliación y cobertura de NICOLEE ANDREA PARRA VASQUEZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 1014236175, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 14/01/2019
Fecha de fin de cobertura:
Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA
Código de ocupación: 1000
Descripción ocupación: Ind Afiliados por pagos
Clase de riesgo: 1
Porcentaje de cotización: 0,522

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: C10142361751903442999

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Afiliaciones y Recaudos
Dirección IP:null

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NICOLEE ANDREA PARRA VASQUEZ identificado(a) con C.C No. 1.014.236.175, 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 13 de enero del 2019.

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 servicioclientе@colfondos.com.co.

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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) NICOLEE ANDREA PARRA VASQUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 1.014.236.175 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180718	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Enero de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED SUR-OCCIDENTE

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 - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10647955

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com