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:	Stefanny Andrea Barreto Osorio						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1012454688	
CORREO ELECTRONICO:	stefannybarreto55@gmail.com				CELULAR:	3112297845	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K31	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550456800142923				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3459			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1373	FECHA	2025-06-17 13:58:49.000	NÚMERO DE CRP	30379	FECHA	2025-06-25 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN INGENIERIA AMBIENTAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-03-03		2025-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,476,640				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	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:	$11,994,210
VALOR EJECUTADO	$3,476,640
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,476,640
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,517,570
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	29%

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
0	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes.	Se cumple a cabalidad con los requerimientos asignados por el líder operativo de acuerdo con los lineamientos del perfil	Se entregan y verifican soportes según los requerimientos de la linea.
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado.	Se asiste a reunion en la SDS fortalecimiento de capacidades IVC linea de tabaco el 6 de marzo	Productos entregados segun los requerimientos (listas de asistencia)
Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	No se programa actividad este mes	NO APLICA
Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes.	No se programa actividad este mes	NO APLICA
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.	Participe en la inducción de quejas, inducción de autorregulación, induccion de canalizacion	Productos entregados segun los requerimientos (listas de asistencia)
Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	No se programa actividad este mes	NO APLICA
Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.	Se entragan soportes físicos y digitales corregidos en los tiempos establecidos	Encabezados, encuestas, actas
Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control.	No se programa actividad este mes	NO APLICA
Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos	No se programa actividad este mes	NO APLICA
Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.	Se brinda respuesta a solicitudes en los tiempos establecidos	Se entregan y verifican soportes según los requerimientos de la linea.
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio	Se informa sobre eventualidades, sin embargo se cumple con los objetivos establecidos	No aplica
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	se realizan acciones a mantener la imagen institucional mediante la correcta representacion en espacios laborales y adecuada interacción con usuarios y colaboradores, ademas del uso correcto de la identidad visual y comunicación de la entidad	No aplica
Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad	Se porta el carnet debidamente y se utilizan los formatos e insumos asignados por la subred	se entregan los formatos debidamente diligenciados los cuales fueron dados por la lider operativa
Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio	Durante el periodo facturado, realice el uso adecuado y responsable de los equipos y elementos asignados para dar cumplimiento con las obligaciones del convenio	No aplica
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Durante el periodo facturado elabore, gestione y entregue los soportes requeridos conforme a la normativa de gestion documental. Asimismo realice la organización y archivo adecuado de los documentos	Se entregan y verifican soportes según los requerimientos de la linea.
Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera.	No se programa actividad este mes	No aplica

Copia Certificada Subred Suroccidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

STEFANNY ANDREA BARRETO OSORIO

C.C 1012454688 DE BOGOTÁ

La suma de Tres millones cuatrocientos setenta y seis mil seiscientos cuarenta pesos (3’476.640), por concepto de servicios como Ingeniera ambiental en el proceso transversal Vigilancia Salud Ambiental, durante el periodo de 03 al 31 de marzo de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 3459-2025



Stefanny Andrea Barreto Osorio

C.C 1012454688 de Bogotá
Cuenta de ahorros banco Davivienda
NUMERO 456800142923

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de marzo y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión



DANIEL CASTILLO CAICEDO
Apoyo a la supervisión
Proceso transversal Vigilancia en Salud Ambiental

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.012.454.688**

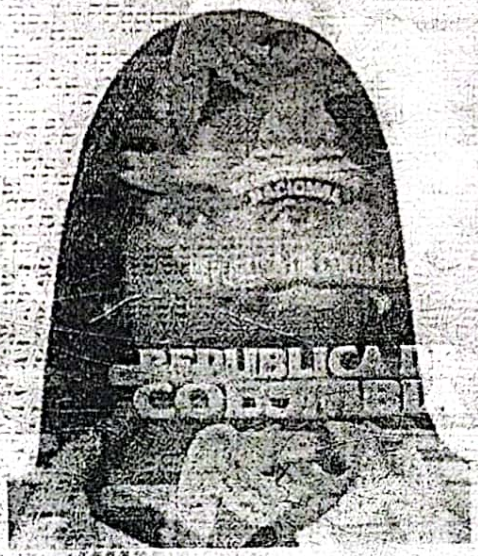
BARRETO OSORIO

APELLIDOS

STEFANNY ANDREA

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUL-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

01-AGO-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01258963-F-1012454688-20211005 **0075**738835H 1 9916939424

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BARRETO	OSORIO	STEFANNY ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1012454688	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES JUL AÑO 1998

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

DG 27 B 2 A 16

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 3112297845

EMAIL stefannybarreto55@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											TITULO Bachiller
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 2015
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	10	X		INGENIERIA AMBIENTAL	11	2021	091021-0617270 CND

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
APROPIACION DE FUNDAMENTOS DEL	SENA	2022	48

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Soacha		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contratos.bienes@hmgy.gov.co
TELÉFONOS: 7309230	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 11 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO: INGENIERA AMBIENTAL	*DEPENDENCIA*: REGIONAL SALUD SOACHA		*DIRECCIÓN*: CALLE 13 # 9-85

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: GRUPO EMPRESARIAL JARBSALUD IPS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: talentohumano.jarbsalud@gmail.com
TELÉFONOS: 3173833970	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 1 AÑO 2022		*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO: INGENIERA AMBIENTAL	*DEPENDENCIA*: GESTIÓN AMBIENTAL		*DIRECCIÓN*: CALLE 33 # 15-51

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	3	0
Pública	0	1
Total	3	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Bogotá 17 de enero de 2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 17-ene-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, STEFANNY ANDREA BARRETO OSORIO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1012454688 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Soacha

Dirección DG 27 B 2 A 16 **Teléfonos** 3112297845 3112297845

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUZ MARINA OSORIO MARIN	52059193	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 1.870.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 1.870.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	456800142923	CHAPINERO	$ 84.700,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ICETEX	CREDITO EDUCATIVO	$ 19.200.000,00

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 17-ene-2025

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
STEFANNY ANDREA BARRETO OSORIO 17/01/2025 11:13:50

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-ene-2025

CIUDAD Y FECHA

Documento electrónico: 35f5af4f8c7d200821c11959f774fa543f5bce001996fac92f8dfe751237c61f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) STEFANNY ANDREA BARRETO OSORIO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1012454688, 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
20250116	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 3 días del mes de Marzo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot CER-AFI 28056703

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio

AXA SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
860.002.183 – 9

CERTIFICA

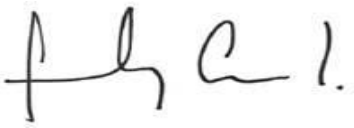
Que el (la) señor(a) ***STEFANNY ANDREA BARRETO OSORIO,*** *identificado(a) con cedula de ciudadanía No****. 1012454688,*** *se encuentra afiliado(a) como trabajador(a) independiente con contrato a la* ***ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES AXA COLPATRIA,*** *a través de la empresa* ***SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD.*** *con número de Nit.* ***900.959.048 – 4*** *y afiliación* ***2000001847*** *para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral.*

FECHA INGRESO:	*20/02/2025*
FECHA INICIO CONTRATO:	*10/02/2025*
FECHA FIN CONTRATO:	*31/05/2026*
TASA DE RIESGO:	*2.436%*
RIESGO:	***III***
ESTADO ACTUAL*:*	***Vigente***

La presente se expide a solicitud del interesado.

Dado en Bogotá D.C., el 20 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Emisión y Novedades
AXACOLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. - ARL
Líder S&A OP. No monetarias
Elaboró*: LMSC*

Recuerde que su afiliación estará vigente hasta la fecha fin de contrato que reportó, si el contrato es prorrogado debe enviar el otro si o prórroga (https://www.axacolpatria.co/portal/, opción Servicios/Radicador Servicios ARL/ Trabajador independiente/Afiliaciones y Novedades/Otras Novedades), como mínimo 5 días hábiles antes de la terminación para garantizar la cobertura, de lo contrario deberá realizar el proceso de afiliación nuevamente.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BARRETO OSORIO STEFANNY ANDREA** identificado(a) con **CC** número **1.012.454.688** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2022 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 25 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2025032507394

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **16/01/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora STEFANNY ANDREA BARRETO OSORIO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1012454688**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550456800142923**
Fecha de apertura	**12/09/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA