| 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 | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SANDRA CAROLINA JIMENEZ GUAYAZAN | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | C.E | | NO. | 1013628055 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | sandracarolina18@gmail.com | | | CELULAR: | 3203904100 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FO09 | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO09K32 | 100 | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24075842189 | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4476-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 de 1 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 396 | FECHA | 11/03/2020 | NÚMERO DE CRP | 19206 | FECHA | 20/03/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 20 | 3 | 2020 | | 31 | 3 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.710.199 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $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.

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $684.080 |
| VALOR EJECUTADO | $684.080 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $684.080 |
| 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 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% | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

Dado en Bogotá en el mes de Abril del año **Dos mil veinte (2020).** Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

**SMITH LOZANO GUEVARA**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**SANDRA CAROLINA JIMENEZ GUAYAZAN**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

| 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. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | VSP | | Sede: FONTIBON | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 4472-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | 20 | 3 | 2.020 | | 31 | 3 | 2.020 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SANDRA CAROLINA JIMENEZ GUAYAZAN | | C. C. | | 1.013.628.055 | DE | | BOGOTÁ | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistenciar en el area de PIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X_ NO ___ Servicios: SI ___ NO ___**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1.Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos ,anexos operativos e instrucitivos definidos por la SDS y la institución. | SI | 1. Se ejecutan las actividades del mes de Marzo de acuerdo al lineamienyo del proyecto de Mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica puntos de entrada terminales portuarios | 1. Base consolidado pasajero sintomatico diligenciadas MARZO 2020<br>2. Base de aeronaves diligenciadas MARZO 2020<br>3. Formatos de comunicación de riesgo MARZO 2020 |
| 2-Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad. | SI | 1. Soportes de envió vía web de Consolidado general del Terminal Salitre, los días 10, 20 y 31 de MARZO de 2020. | 1. Entrega Base general consolidado de bases los días 20 y 31 de MARZO de 2020. |
| 3- Recepción, verificación, pre-critica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP. | SI | 1.Toma de temperatura,captacion de pasajeros de paises de riesgo | 1.Toma de temperature,captacion de pasajeros de paises de riesgo |
| 4- Realizar la búsqueda activa comunitaria (BAC) con sus implicaciones barrido de casa, verificación de esquema de vacunas y fortalecer el cumplimiento del esquema en las poblaciones vulnerables. | SI | 1.Busqueda de pasajeros sintomáticos y su canalización a Centro Médico Colsanitas el Dorado (n=10), para valoración medica.<br>2.Revisión de declaraciones general de aeronaves (n=710) parte sanitaria de vuelos internacionales. En tiempo real cuando la tripulación ingrese a inmigración se debe verificar la notificación de pasajeros enfermos a bordo. 3.Comunicación de riesgo a viajeros, proveer información de prevención y medidas de auto cuidado para viajeros, especialmente a quienes viajan a zonas de riesgo de enfermedades trasmisibles y vectoriales o demás alertas epidemiológicas. Como Sarampión, Fiebre amarilla, Virus del Ébola,COVID 19 con métodos de prevención a través de vacunación y canalización al punto de PAI, signos y síntomas de las mismas enfermedades y alertas ambientales. (n=750).<br>4.Se realiza envio de registro fotográfico los días 10, 20, 31 de MARZO 2020.<br>5.Captación de gestantes. (n=1) | 1. Envío de registro de pasajeros sintomáticos en Consolidado General de Aeronaves.<br>2. Base consolidado diario de aeronaves y envio base de datos 20,31 de MARZO de 2020<br>3. Entrega de registro de firmas como soportes de comunicación de riesgo realizada en cada turno, eplicacion encuesta a pasajeros provenientes de los paises en alerta de COVID 19<br>4. Se realiza envío de registro fotográfico los días 20,31 de MARZO de 2020 5. Captación de gestante Verificación. |
| 5.Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación. | SI | 1.Se capta y se canalizan al punto de vacunación del Aeropuerto Internacional | 1.Canalización a PAI |
| 6- Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna. | SI | 1. Se realizó actividades en el proyecto de acciones integradas de puntos de entrada los días 25,28,29 Y 30 de MARZO de 2020.<br>2. Registro fotográfico de realización de comunicación de riego los días 10, 20 y 31 deMARZO de 2020, | 1. Acciones realizadas se relacionan en el libro de actas de cada turno.<br>2.Se realiza envío de registro fotográfico los 20,31 de MARZO de 2020 |
| 7- Articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área del sector y de la red sur occidente, que intervengan, estúdien y atiendan los eventos y población de interés. | SI | 1. Se realizó canalización a 10 viajeros al area del Centro Medico Colsanitas El Dorado | 1. Se realizó canalización de pacientes al Centro Medico Colsanitas El Dorado. |
| 8- Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del Hospital (comité PAI, COVES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento socializando posteriormente la información obtenida. | SI | 1. Se asistió a reunión de linea 11,12 de MARZO de 2020. | 1. Acta y listados de asistencia. |
| 9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado. | SI | 1. Se realiza actualización de bases de reportes diarios de canalización de pacientes, comunicación de riesgo. | 1.Se realizó actualización de bases de reporte diarios físicos y magnético mes MARZO de 2020 |
| 10-verificar concordancia físico/ magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad completitud. | SI | Se realizó envió de forma oportuna de los siguientes soportes:<br>1. Base Consolidado de Aeronaves los días 10, 20 y 31 de MARZO de 2020.<br>2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo los días 10, 20 y 31 de MARZO de 2020.<br>3. Matriz de seguimiento de pasajeros con alguna sintomatología los días 10, 20 y 31 de MARZO de 2020.<br>4.Censo busqueda activa de gestantes en vuelos los días 10, 20 y 31 de MARZO de 2020 | 1. Envío vía correo electrónico base de datos Envío los días 20 y 31 de MARZO de 2020<br>2. Envío registro fotográfico los días 20 y 31 de MARZO de 2020.<br>3. Envío matriz de seguimiento los días 20 y 31 de MARZOde 2020.<br>4. Base consolidado de gestantes diligenciamiento diario de soportes y envio base de datos 20 y 31 de MARZO de 2020 |
| 11-Participara en pre-auditoria de soportes físicos seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda. | SI | 1. Se entrega soportes en pre auditorio de las acciones realizadas en el mes de MARZO del proyecto mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica en puntos de entrada terminales portuarios. | 1. Acta y listado de asistencia certificación. |
| 12.Realizar la gestion del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. | SI | 1:Realización de seguimientos telefonicos a a contactos estrechos pacientes COVID 19. | 1.Soportes entregados el día 24, 27 de Marzo de 2020 |
| 13. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manéra mensual. | SI | 1.Archivo Fotografico , base de Aerolineas, base de gestantes. | 1.Soprte en DRIVE de las bases de gestantes, bade de Aeronaves, base de sintomaticos. |
| 14. Apoyar las jornadas , eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando sea requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formuclacion programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. | SI | 1.Contingencia por COVID 19. | 1.Contingencia por COVID 19 |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $684080 Seiscientos ochenta y cuatro mil ochenta pesos M/C**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Sandra Carolina Jimenez Guayazan
1013628055

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

Banco Caja Social

FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

## *HACE CONSTAR*

*Que el(los) cliente(s):*

***SANDRA CAROLINA JIMENEZ GUAYAZAN*** *Identificado con* *CC1013628055*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0627 RESTREPO VALVANERA, con las siguientes características:

### *CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS*

| | | |
|---|---|---|
| *Número* | : | *24075842189* |
| *Fecha de Apertura* | : | *02 de agosto de 2017* |
| *Condiciones de Manejo* | : | *Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector* |
| *Estado* | : | *CUENTA ACTIVA* |

Esta constancia se expide con destino a: A QUIEN CORRESPONDA
Realizada en la oficina 0150 AVENIDA PRIMERO DE MAYO de la ciudad de BOGOTA, el día miércoles, 11 de marzo de 2020.

Cordialmente,

***Efectuado por:***
C2V3V8A8 - CLAUDIA PATRICIA VARGAS VELASC

***FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS***

Establecimiento Bancario
VIGILADO

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2020

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1013628055 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Jimenez Guayazan,Sandra Carolina |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/09/2018 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Jimenez Guayazan,Sandra Carolina, a los 14 días del mes de abril del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **JIMENEZ GUAYAZAN SANDRA CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **1.013.628.055** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de septiembre de 2017 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 09 de marzo de 2020.

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

20200309144 1

ARL | sura

Medellín, 15 de abril de 2020

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

## CERTIFICA:

Que SANDRA CAROLINA JIMENEZ GUAYAZAN identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013628055 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 25/03/2020 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS 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 SEIVICIOS 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 SEIVICIOS 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:C10136280552010645248

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: 15/04/2020 12:34 PM

Dirección IP: 190.24.142.66, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA