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.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53166252						
CORREO ELECTRONICO:	jfemequi@hotmail.com				CELULAR:	3103373645						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FO09				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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	66767760524								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3946-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 3 DE 3				
NÚMERO DE CDP	468	FECHA	29/03/2021	NÚMERO DE CRP		21646	FECHA	31/03/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	El contratista a nombre propio y de manera independiente, prestara sus servicios y conocimientos como FISIOTERAPUETA 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			
		1	4	2021		30	4	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.627.684										
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:	$10.825.517
VALOR EJECUTADO	$10.825.517
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.685.219
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 **$2.271.315** 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
49606186	$1.428.102,00	$178.600	$228.500	3	$34.800	**$441.900**

Dado en Bogotá en el mes de Abril año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Sandra

SANDRA MILENA MANCERA GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Janeth F. Mendoza Q.

JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES
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.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FO09								Sede: FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	3946-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	4	2.021		30	4	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES		C. C.		53.166.252	DE	BOGOTA D.C.				

OBJETO DEL CONTRATO: El contratista a nombre propio y de manera independiente, prestara sus servicios y conocimientos como FISIOTERAPUETA 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad	SI	Se realizan 5 IEC diarios por usuarios COVID-19, verificando los datos personales, direccion e investigacion epidemiologica para asignacion y darle curso al seguimiento.	Diligenciamiento de link de casos positivos, fallidos y demas. con sus respectiva documentacion para los casos priorizados.
Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones Individuales de riesgo (CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad	SI	Se realizan 102 IEC en el mes brindando educacion en cuidados, prevencion de contagio y signos de alarma. se realizan desplazamiento a los usuarios, que no tiene datos de localizacion.	Diligenciamiento de link de casos positivos, fallidos y demas. con sus respectiva documentacion para casos priorizados.
Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	NO	No se programa para este mes.	No se entrega para este mes.
Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado	NO	No se programa para este mes.	No se entrega para este mes.
Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad.	NO	No se programa para este mes.	No se entrega para este mes.
Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud).	SI	Validar base de excel, resultados de prueba y realizar reporte de 5 IEC diarios.	Reporte de LAS IEC y tablero de relacion de casos, con reporte de entregas diarias.
Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado.	NO	No se programa para este mes.	No se entrega para este mes.
Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad.	SI	Consolidacion y registro de datos en la matriz digital de todos los usuarios que fueron educados y sensibilizados frente a la prevencion y contagio del COVID-19, y pautas de autocuidado en caso de condicion cronica.	Base de excel, reporte de seguimiento y tablero de relacion de casos, con reporte de 6 IEC diarios.
Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) 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	Se recibe informacion sobre el desarrollo de las actividades, participacion, capacitacion de la SUBRED sobre eventos asosiado y protocolo.	Participacion del conversatorio frente al COVID-19, presetando respectiva PRE Y POST TEST.
Participar en pre auditoria y auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	Se realizo la consolidacion y registro de datos en la matriz digital de todos los usuarios que fueron educados y sensibilizados frente a la prevencion y contagio del COVID-19, y pautas de autocuidado.	Aplicativo con 5 IEC diarios.
El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.	SI	Revision y consolidacion de los usuarios educados y sensibilizados haciendo respectiva entrega de los mismos.	Reporte 5 iec diligenciadas en el aplicativo.
Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	SI	Revision y consolidacion de los usuarios educados y sensibilizados haciendo respectiva entrega de los mismos.	Base de excel, reporte de seguimiento y tablero de relacion de casos, con reporte de 5 IEC diarios.
Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución.	SI	Se recibe informacion sobre el desarrollo de las actividades, participacion, capacitacion de la SUBRED sobre eventos asosiado y protocolo.	Aplicación de instructivos
Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación	NO	No se programa para este mes.	No se entrega para este mes.
Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	NO	No se programa para este mes.	No se entrega para este mes.
Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual.	SI	Se realizo la consolidacion y registro de datos en la matriz digital de todos los usuarios que fueron educados y sensibilizados frente a la prevencion y contagio del COVID-19	Aplicativo con 5 IEC diarios.
Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interes en salud publica, cuando se ha rquerido por el hospital y participar en los espacios de planeacion y formulacion programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.	NO	No se programa para este mes.	No se entrega para este mes.
Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID19 en el distrito capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamiento emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos.	SI	Realizar seguimiento de casos y contactos de alerta por COVID19, de acuerdo a los protocolos indagando la sintomatologia, apoyo tecnico y operativo de la vigilancia en salud pública de forma diaria según casos designados por el lider del proceso.	Entrega y envio de soportes en medio digital de las respectivas iec de COVID 19

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $ 3.685.219 TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CT

CONTRATISTA: JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES CC. 53166252 Janieth F. Mendoza Q. 53166252

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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53166252	JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES	CARRERA 4 N 24 37	4568894	JFEMEQUI@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	12/04/2021	49606186	$441.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.600	0		0		0	0	0	0	178.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	228.500	0	0	0	0	0	0		228.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.800				34.800	0	0	34.800			348	34.800	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.600	178.600
Pensión	1	228.500	228.500
Riesgos Laborales	1	34.800	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	441.900	441.900

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53166252	JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES		CARRERA 4 N 24 37	4568894	JFEMEQUI@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	12/04/2021	49606186	$441.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	53166252	MENDOZA QUIÑONES JANIETH FERNANDA	59	0			N																	25-14	1.428.102	228.500	0	0	0	0	EPS008	1.428.102	178.600	14-11	1.428.102	3	34.800		0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 4/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES

CC 53166252 DE BOGOTA D.C.

La suma de 3.685.219 TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS M/C, por concepto de servicios como PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 durante el periodo de 1 al 30 de ABRIL de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3946/2021.

Janieth F. Mendoza Q.

JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES

CC 53166252 DE BOGOTA D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCOCOLOMBIA

NUMERO 66767760524

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD EN MANEJO DE INFORMACION

La subred Integrada de servicios de Salud Sur Occidente, desde la Vigilancia en Salud Pública desarrolla actividades de promoción, prevención, control y seguimiento de eventos de interés en salud pública en la población del distrito capital

Entre las acciones de la vigilancia de Salud pública se encuentra el manejo de bases de datos de información de todos los eventos de notificación obligatoria a nivel nacional, evidenciándose la necesidad de suscribir el presente compromiso para conocer la información referida y según lo dispuesto en la Ley estatutaria 1581 de 2012 y los Decretos que la reglamentan, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) adopta la presente política de privacidad y confidencialidad para el tratamiento y protección de los datos personales, la cual podrá ser conocida por todos los titulares de los datos recolectados en cumplimento de las actividades misionales, objetivos y funciones del Ministerio según el decreto 4107 de 2011.

De esta manera, la subred Integrada de servicios de Salud Sur Occidente manifiesta que garantiza los derechos a la intimidad personal y familiar y al buen nombre de los usuarios durante el tratamiento de los datos personales, y en consecuencia todas sus actuaciones se regirán por los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad.

EN CONSECUENCIA:

Yo, Janeth Fernanda Mendoza Quiñones identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53166252 expedida en Bogotá D.C., en mi condición de Fisioterapeuta (Cargo que desempeña), vinculado al área Vigilancia en Salud Pública de la subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con:

OBJETO DE LA CONFIDENCIALIDAD: La información conocida en la recepción, direccionamiento y trámite de bases de datos y cualquier otra información que se maneje en el área de Vigilancia en Salud Pública para resguardar los derechos de intimidad de los usuario.

En consecuencia de lo anterior el presente compromiso se firma a los 12. ( ) días del mes de Abril del 2021.

Nombre: Janeth Fernanda Mendoza Quiñones

No. De Identificación: 53 166 252

Janeth F. Mendoza Q.

FIRMA FUNCIONARIO