Gobernación de CUNDINAMARCA	LISTA DE CHEQUEO RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN CUENTAS DE COBRO	Código: A-GF-FR-079
		Versión: 1
	GESTIÓN FINANCIERA	Fecha de Aprobación: 31/may/2023

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Secretaría de salud A.P.S

NÚMERO DE CUENTAS RADICADAS: 01-3

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: Adriana Rocio Mendivelso Cristan FECHA: Mayo

PARÁMETRO	RESULTADO C	RESULTADO NC	SOPORTE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
¿El formato Recibo a Satisfación se encuentra debidamente diligenciado?	✓		FORMATO RAS - A-GC-FR-033 - VERSIÓN 2	
¿Se cuenta con el Informe de Supervisión Electrónico?	✓		FORMATO SUPERVISA - A-GC-FR-017- VERSIÓN 3	
¿Se cuenta con el soporte para evidenciar la fecha de creación del Informe de Supervisión Electrónico?	✓		PANTALLAZO DE LA FECHA DE GENERACIÓN DEL INFORME DE SUPERVISIÓN	
¿Se cuenta con el informe de actividades realizadas por el contratista correspondiente al periodo a cobrar?	✓		INFORME DE ACTIVIDADES	
¿Se cuenta con factura o cuenta de cobro a nombre del contratista?	✓		CUENTA DE COBRO O FACTURA ELECTRÓNICA	
¿Se cuenta con soporte o evidencias de las actividades realizadas por el contratista en el periodo a cobrar?	✓		SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (EVIDENCIAS)	
¿El contratista cuenta con el soporte de pago de los aportes al sistema de Seguridad Social?	✓		SOPORTE DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
¿Se cuenta con la certificación bancaria actualizada para poder realizar el pago?	✓		CERTIFICACIÓN BANCARIA ESTADO ACTIVO	
¿Se encuentra cargadada la información que evidencie el cargue de los soportes en la plataforma Secop II?	✓		PANTALLAZO SECOP	
¿El contratista anexa otro documento que es necesario para soportar la cuenta de cobro?	✓		OTROS	

RESULTADO
C: Cumple
NC: No cumple

ESCANEAR DE NUEVO LA CUENTA COMPLETA Y SUBIR AL SECOP II

Funcionario responsable de realizar la entrega

Adriana Rocio Mendivelso

Funcionario responsable de la recepción

Edgar 07 MAY 2024 2:40

07 MAY 2024

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 03
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 08/02/2023

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	6	5	2024		16	4	2024		25	6	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD PUBLICA	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197-1

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CPS-314-2024	x		ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO	35.353.672
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
NO APLICA	3138733422		CALLE 16 # 9-58 MADRID	adrimendivelsoc@gmail.com
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CEDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA".
FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	El valor del presente contrato es la suma de DONCE MILLONES SETECIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($11.703.379) M/CTE, suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARIA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100049080 del 19 de Marzo de 2024 por valor de $11.703.379 y Concepto Precontractual N°0000001507 de fecha 17 de Marzo de 2024 por valor de $11.703.379 . La Secretaria de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en 1. Un primer pag proporcional al valor de los honorarios mensuales, desde la fecha de inicio pactada en el acta que para tales efectos se suscriba y hasta el 30 del mes correspondiente. 2.Dos (2) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de CINCO MILLONES QUINCE MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL PESOS ($5.015.734) M/CTE. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI). El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores de la Gobernación de Cundinamarca.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	1-0100	NOMBRE DEL FONDO	RECURSO ORDINARIO	VALOR DEL PAGO	$ 2.507.867
PAGO N°	1 DE 3	BANCO	DAVIVIENDA		
CUENTA N°	478270074204			Ahorros	

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$ 11.703.379	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 2.507.867
	TOTAL	$ 11.703.379	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 2.507.867
			SALDO TOTAL	$ 9.195.512

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
16	04	2024	4600021506

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
24	04	2024	8376564254

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVI	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
	NO								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				6	5	2024	1		16	4	2024	30	4	2024

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)	No se realizan observaciones ni recomendaciones en el presente periodo									

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	NINI JOHANA HERNÁNDEZ SOLER	NOMBRE:	LAURA ALEJANDRA FRAILE PULGARÍN	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO:	ASESOR DEL DESPACHO SECRETARIA DE SALUD	CARGO:	DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CARGO:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

Bogotá, D. C., 06 Mayo de 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
NIT 899.999.114-0

DEBE A:

NOMBRE: ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO
C. C. No. 35.353.672

LA SUMA DE: **DOS MILLONES QUINIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($ 2.507.867).**

POR CONCEPTO DE: LA EJECUCIÓN DEL **CONTRATO SS-CPS-314-2024**

Del periodo correspondiente a: **16 de Abril al 30 de Abril del 2024**

Consignar el valor de la presente en: **DAVIVIENDA** Cuenta de Ahorros **NUMERO** 478270074204

Cordialmente,

C. C. No. 35.353.672
Celular No: 3138733422
Correo electrónico: adrimendivelsoc@gmail.com

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR- 025
	Información General y Tributaria de Terceros	Versión: 4
		Fecha: 31/enero/2023

SECRETARÍA: Salud CREACIÓN ☐ AÑO: 2024

INFORMACION GENERAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Adriana Rocio Mendivelso Cristiano

IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ CC ☒ TI ☐ No. 35353672 DV: 1

NOMBRE COMERCIAL (SI TIENE):

DIRECCIÓN: Calle 15 N° 9-58 Torre 4 Apto 104 Balcones

CIUDAD: Madrid

TELEFONO: 0 0 Indicativo

E-MAIL: adrimendivelsoc@gmail.com

INFORMACION TRIBUTARIA

PERSONA: JURÍDICA ☐ NATURAL ☒ GUBERNAMENTAL ☐

NATURALEZA: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☒ MIXTA ☐ OTRA ☐ CUAL

RÉGIMEN: COMÚN ☐ SIMPLIFICADO ☐ EXENTO ☐ NO RESPONSABLE ☒ OTRO ☐

CALIDAD DE CONTRIBUYENTE: AUTORRETENEDOR ☐ GRAN CONTRIBUYENTE ☐ OTRO ☐ ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO ☐

ACTIVIDAD ECONÓMICA: 7 0 2 1 0 2

TARIFA RETEICA: 7,66 X 1000

HUELLA

FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

INFORMACION A SER DILIGENCIADA POR CCDIN

Para diligenciar este formato favor leer el anexo

TIPO:

ACOM	☐	ACRR	☐	AMIX	☐	ANOM	☐	ARPA	☐	ASER	☒	EMPD	☐
EMPL	☐	EPS	☐	ETNA	☐	ETPD	☐	FINA	☐	MUCI	☐	TRIB	☐

CLASIFICACIÓN: 2 4 8 0 0 4 0 0 0 0

PAGO

ACOM	ADQUISICIÓN BIENES	ASER	ADQUISICIÓN SERVICIOS	ETPD	ENT. DEPARTAMENTALES
ACRR	ACREEDOR REGISTRO	EMPD	EMPLEADO DESCENTRALIZADO	FINA	FINANCIEROS
AMIX	ADQUISICIÓN MIXTOS	EMPL	EMPLEADO FUNCIONARIO	MUCI	ENT. MUNICIPALES
ANOM	ACREEDORES NÓMINA	EPS	SEGURIDAD SOCIAL	TRIB	TRIBUNALES
ARPA	RIESGOS PROFESIONALES	ETNA	ENT. NACIONALES		

Anexar los siguientes Documentos

1. Fotocopia Documento de Identidad
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN
3. Fotocopia del RUP expedido por la CAMARA DE COMERCIO (CUANDO APLIQUE)
4. Fotocopia de las Resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de IVA, ICA (CUANDO APLIQUE)
5. Fotocopia Certificación Bancaria Activa

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

Gobernación de CUNDINAMARCA

GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-020
	Versión: 5
Actualización de Datos de Terceros	Fecha: 31/enero/2023

Salud — MODIFICACIÓN [ ] — AÑO: 2024

CONTRATO — AÑO: 2024 — CONVENIO — AÑO

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO (La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió la obligación contractual)

Adriana Rocío Mendivelso Castiano

NIT [ ] CC [X] — No. 35353672 — DV 1

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA: Banco Davivienda

SUCURSAL: Facatativá

CUENTA BANCARIA: [X] C — NÚMERO: 057047827000142044

REPRESENTANTE LEGAL — C.C. — De

TELÉFONO DE CONTACTO: 3133733417

Autorizamos al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en nuestra cuenta antes mencionada.

FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL — HUELLA

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR DCUN

K001 [X] K002 K003 K004 K005 K006 K007 K008

A L B T C D C V E X F Y [X]

RA01 RA02 RA03 RA04 RA05 RD01 FC01 FC02 FC03 FC04 RJ03 RZ01 RZ02 RZ03 RJ01 RH01 RH02 RH03 RH07 RH13 [X]

RH18 RH09 RH01 RJ01 RJ02 RJ03 RJ04 RJ05 RJ06 RJ07 RJ08 RJ09 RJ10 RJ11 RJ19

RK01 RK02 RK03 RK04 RK05 RK06 RD01 UV01 UV81

IC01 IC02 IC03 IC04 IF21 IV1 IE2 IE3 IV4 IC5 IS01 IS02 IS03 IS04 IS05 IS06 [X] IS07 IS08 IZ01

RTC1 — RK05 RK06 RK07 RK08 — CC01 CC02 CE01

FC01 FC02 FH01 FE17 UC54 AN01 — DE01

K001	K-Nacional	K-Acreedores bys nacionales	K005	K-EntFinan	K-Entidades Financieras
K002	K-Extranje	K-Acreedores bys extranjeros	K006	K-SegSoc	K-Seguridad Social
K003	K-Transfer	K-Transferencias	K007	K-ServPub	K-Servicios Públicos
K004	K-EmplyJub	K-Empleados y Jubilados	K008	K-DepTerc	K-Depósitos a favor de Tercero

A	Efectivo Educación	E	Efectivo Dcun-Central	U	Cheque Salud
B	Transferencia Educación	F	Cheque Dcun-Central	V	Efectivo Salud
C	Cheque Educación	L	Listado Dcun-Central	X	Listado Salud
D	Listado Educación	T	Transferencia Dcun-Central	Y	Transferencia Salud

PROCESADO POR: NOMBRE Edgar A. Buitrago P. — FECHA: DÍA 21 MES 03 AÑO 2024

REVISADO POR

Anexar los siguientes Documentos

1. Certificación expedida por la Entidad Bancaria, donde consta que la cuenta se encuentra activa

Secretaría de Hacienda
Calle 26 51-53 Torre Beneficencia Piso 4
Bogotá, D.C. Tel. (1) 7491472
www.cundinamarca.gov.co

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MADRID, **25/04/2024**
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO** con **Cédula de Ciudadanía** número **35353672**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**478270074204**
Fecha de apertura	**23/05/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO**, identificada con **CC** número **35353672**, aportó por el empleado **ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO**, identificado(a) con **CC** número **35353672** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla I número **8376564254** para el periodo de salud **2024-04** y pensiones **2024-04** de la siguiente forma.

Salud	EPS010	EPS Sura	800088702	59	0												0	30	$1,300,000	0.12500		$162,500	Abril - 2024	8376564254	24/04/2024	N
Pensiones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	59	0												0	30	$1,300,000	0.16000		$208,000	Abril - 2024	8376564254	24/04/2024	N
Riesgos Laborales	14-25	Riesgos Profesionales Colmena	800226175	59	0												0	30	$1,300,000	0.01044	2	$13,600	Abril - 2024	8376564254	24/04/2024	N

El presente certificado se expide a los 30 días del mes Abril de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO
No. Identificación: CC35353672
Dirección: CALLE 15 9 58
Telefono: 3138733422
Correo: adrimendivelsoc@gmail.com
Ciudad: MADRID
Número de Planilla: 8376564254

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO
Tipo y número de identificación	CC35353672
Número de planilla	8376564254
Fecha pago	2024-04-24
Número de autorización pago	34074306
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2024
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	384100
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	13600	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	208000	1
EPS010	EPS Sura	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 35353672
APELLIDOS Y NOMBRES: ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS010	230201	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	13600	0

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

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 3
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 01/09/2021

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO Nº SS-CPS-314-2024	
Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 16.04.2024 hasta el 30.04.2024	
Fecha en la que se rinde en informe :	06.05.2024

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO	
Contratista:	ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO
NIT / C.C.:	353536721
Supervisor:	NINI JOHANNA HERNANDEZ SOLER
Cargo:	ASESOR
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	14.04.2024
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	16.04.2024
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100049080
Registro Presupuestal	4600021506
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$11,703,379
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Valor Total del Contrato	$11,703,379
Plazo de Ejecución Inicial	2 MESES Y 10 DIAS
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	2 MESES Y 10 DIAS
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	25.06.2024
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	POSITIVA
Garantía de Cumplimiento	NA
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	NA

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 21%

1. Realizar asistencia técnica a los municipios del departamento de acuerdo con la priorización asignada por el superviso en la estrategia de Atención primaria y coordinar articulación intersectorial con jornadas de socialización para la promoción de entornos laborales saludables en el sector informal, todo lo anterior en el marco del nuevo Plan Decenal de salud publica
Se establece cronograma y plan de trabajo de actividades según obligaciones del contrato durante el mes de abril, en formato predeterminado por la Gobernación de Cundinamarca, Debidamente diligenciados y presentados
Evidencia:
1)Formato de Cronograma de Actividades.

07 MAY 2024

2)Formato de plan de trabajo.
2.Incentivar las redes sociales desde la implementación del material (audiovisual y radiales) que este dirigido a la mitigación de los riesgos de trabajadores y su núcleo familiar en articulación con información y comunicación y la oficina de participación social
Actividad no programada para este periodo contractual.
Evidencia:
N/A
3.Realizar acompañamiento mediante un plan de choque en desarrollo de capacidades a los municipios del departamento, en la conformación de los equipos básicos de salud, micro territorios y población a beneficiar
Se evidencia seguimiento telefónico y por correo electrónico de solicitud de información y acompañamiento para el diligenciamiento del archivo de la información correspondiente a los formatos correspondientes a la conformación de sus micro territorios en salud
Evidencia:
1)archivo correspondiente a la conformación de sus micro territorios en salud por municipios asignados

4.Recolectar y analizar la información, en la conformación de los equipos básicos en salud, teniendo en cuenta las acciones del plan de intervenciones colectivas en el municipio y el plan de intervenciones colectivas departamental, en relación con los ámbitos rural y rural disperso de los territorios asignados.
Se elabora matriz Excel consolidada con los municipios asignados, con la información de los equipos básicos en salud priorizados para intervenciones municipal y departamental.

Evidencia:
1)Archivo en Excel consolidado por municipios asignados Referente departamental

5.Capacitar al talento humano de la entidad territorial y los diferentes actores en el diligenciamiento de los instrumentos de recolección de información, optimizando la calidad del dato, con el fin de acceder a información real para toma de decisiones informadas en salud.

Se realiza asistencia técnica frente al desarrollo de capacidades a los entes territoriales, en el Modelo de Atención de Salud del departamento de Cundinamarca.

Evidencia:

Se evidencia acta de asistencia técnica frente al desarrollo de capacidades a los entes territoriales, en el Modelo de Atención de Salud del departamento de Cundinamarca.
1)ASISTENCIA TECNICA PROVINCIAL SABANA DE OCCIDENTE
Fecha: 19-04-2024
Acta: 25 folios
CONTROL DE ASISTENCIA TECNICA 2 folios
2)ASISTENCIA TECNICA PROVINCIAL EL GUAVIO CENTRO
Fecha: 24-04-2024
Acta: 80 folios
3)ASISTENCIA TECNICA PROVINCIAL SABANA CENTRO
Fecha: 25-04-2024
Acta: 11 folios
4)ASISTENCIA TECNICA PROVINCIAL ALMEIDAS
Fecha: 26-04-2024
Acta: 27 folios

5)FORMATOS DILIGENCIADOS DE CONTROL DE ASISTENCIA TÉCNICA POR PROVINCIAS ASIGNADAS

6 folios
6.Organizar con los actores territoriales y de prestación de servicios de salud, el proceso de canalización efectiva, mediante intervención sectorial y articulación entre los mismos.
Se apoya en la elaboración de Excel con los formatos de canalización efectiva y se establece documento Word procedimientos
Evidencia:
Acta
1)Documento Word de canalizaciones
2)formatos en Excel de canalizaciones
3)Acta de reunión de trabajo

7.Acompañar el proceso de Concurrencia departamental en sus fases de alistamiento y ejecución en el territorio, con los diferentes actores, según el eje definido y promoviendo la participación

Actividad no programada para este periodo contractual.
Evidencia: N/A

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

07 MAY 2024

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

NINI JOHANNA HERNANDEZ SOLER
ASESOR

01 MAY 2024

DIRECCIÓN: Salud Pública	CONTRATO SS-CPS-314-2024	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 16 de abril de 2024 Fecha de Terminación: 25 de junio de 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO		PLAZO DE EJECUCIÓN: 2 meses y 10 días.
NOMBRE DEL SUPERVISOR: NINI JOHANNA HERNÁNDEZ SOLER		PERIODO DEL INFORME: Del 16 abril al 30 de abril de 2024
OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.		

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

OBLIGACIONES	ACTIVIDAD	PRODUCTOS
1.Realizar asistencia técnica a los municipios del departamento de acuerdo con la priorización asignada por el superviso en la estrategia de Atención primaria y coordinar articulación intersectorial con jornadas de socialización para la promoción de entornos laborales saludables en el sector informal, todo lo anterior en el marco del nuevo Plan Decenal de salud publica	Se establece cronograma y plan de trabajo de actividades según obligaciones del contrato durante el mes de abril, en formato predeterminado por la Gobernación de Cundinamarca, Debidamente diligenciados y presentados	1) Formato de Cronograma de Actividades. 2) Formato de plan de trabajo. 3) Debidamente diligenciados y presentados.
2. Incentivar las redes sociales desde la implementación del material (audiovisual y radiales) que este dirigido a la mitigación de los riesgos de trabajadores y su núcleo familiar en articulación con información y comunicación y la oficina de participación social	Actividad no programada para este periodo contractual.	N/A
3. Realizar acompañamiento mediante un plan de choque en desarrollo de capacidades a los municipios del departamento, en la conformación de los equipos básicos de salud, micro territorios y población a beneficiar	Se elabora matriz Excel consolidada con los municipios asignados, con la información de los equipos básicos en salud priorizados para intervenciones municipal y departamental.	1) Archivo en Excel consolidado por municipios asignados Referente departamental
4. Recolectar y analizar información, en la conformación de los equipos básicos en salud, teniendo en cuenta las acciones del plan de intervenciones colectivas departamental, en relación con los ámbitos rural y rural disperso de los territorios asignados.	Se evidencia matriz Excel consolidada con los municipios asignados (provincia sabana occidente , con la información de los equipos básicos en salud priorizados para intervenciones municipal y departamental.	Archivo en Excel consolidado por municipios asignados Referente departamental.

5. Capacitar al talento humano de la entidad territorial y los diferentes actores en el diligenciamiento de los instrumentos de recolección de información, optimizando la calidad del dato, con el fin de acceder a información real para toma de decisiones informadas en salud. Se realiza asistencia técnica frente al desarrollo de capacidades a los entes territoriales, en el Modelo de Atención de Salud del departamento de Cundinamarca.	Se realiza asistencia técnica frente al desarrollo de capacidades a los entes territoriales, en el Modelo de Atención de Salud del departamento de Cundinamarca y ficha familiar Evidencia: Se evidencia acta de asistencia técnica frente al desarrollo de capacidades a los entes territoriales, en el Modelo de Atención de Salud del departamento de Cundinamarca	Se evidencia acta de asistencia técnica frente al desarrollo de capacidades a los entes territoriales, en el Modelo de Atención de Salud del departamento de Cundinamarca. 1) ASISTENCIA TECNICA PROVINCIAL SABANA DE OCCIDENTE Fecha: 19-04-2024 Acta: 25 folios 2) ASISTENCIA TECNICA PROVINCIAL EL GUAVIO CENTRO Fecha: 24-04-2024 Acta: 80 folios 3) ASISTENCIA TECNICA PROVINCIAL SABANA CENTRO Fecha: 25-04-2024 Acta: 11 folios 4) ASISTENCIA TECNICA PROVINCIAL ALMEIDAS Fecha: 26-04-2024 Acta: 27 folios 5) FORMATOS DILIGENCIADOS DE CONTROL DE ASISTENCIA TÉCNICA POR PROVINCIAS ASIGNADAS 6 folios
6. Organizar con los actores territoriales y de prestación de servicios de salud, el proceso de canalización efectiva, mediante intervención sectorial y articulación entre los mismos.	Se apoya en la elaboración de Excel con los formatos de canalización efectiva y se establece documento Word procedimientos	1) Documento Word de canalizaciones 2) formatos en Excel de canalizaciones 3) Acta de reunión de trabajo
7. acompañar el proceso de concurrencia departamental en sus fases de alistamiento y ejecución en el territorio, con los diferentes actores, según el eje definido y promoviendo la participación	Actividad no programada para este periodo contractual.	N/A

CONTRATISTA	FIRMA: NOMBRES Y APELLIDOS: ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO NUMERO DE CEDULA: **35.353.672 de Madrid Cundinamarca**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983502631

(415)7707212489984(8020) 000001498350263 1

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

IDENTIFICACIÓN

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	3 5 3 5 3 6 7 2	2 0 0 0 0 1 1 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Madrid 4 3 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENDIVELSO	CRISTIANO	ADRIANA	ROCIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Madrid 4 3 0

41. Dirección principal: CL 15 9 58

42. Correo electrónico: adrimendivelso@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 2 0 9 7 5 1	3 1 3 8 7 3 3 4 2 2

CLASIFICACIÓN

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
7 0 2 0	2 0 1 6 0 9 0 1	7 4 9 0	2 0 1 6 1 0 0 1					

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2024 - 02 - 20 / 19 : 40: 55

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MENDIVELSO CRISTIANO ADRIANA ROCIO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO SIN VALOR DOCUMENTO

Fecha generación documento PDF: 20-03-2024 08:00:22PM

Bogotá, D.C., mayo de 2024

Señores:
SECRETARIA DE SALUD
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
E. S. M.

Asunto: Declaración Juramentada

Yo, ADRIANA ROCIO MENDIVELSO CRISTIANO con cédula de ciudadanía No. **35.353.672** de Madrid Cundinamarca , declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la secretaria de Salud de Cundinamarca que **SI** ____ **NO** _X_ tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.
- Igualmente declaro que pago los aportes Parafiscales correspondientes al valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de 2016.

Cordialmente,

C. C. No. **35.353.672** expedida en Madrid Cundinamarca

1. Información general
2. Condiciones
3. Bienes y Servicios
4. Documentos del Proveedor
5. Documentos del contrato
6. Información presupuestal
7. Ejecución del Contrato
8. Modificaciones del Contrato
9. Incumplimientos

Volver

Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	11.703.379,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	11.703.379,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	11.703.379,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	SS-CPS-314-2024 ACTA DE INICIO.pdf	SS-CPS-314-2024 ACTA DE INICIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	SS-CPS-314-2024 DELEGACION SUPERVISOR.pdf	SS-CPS-314-2024 DELEGACION SUPERVISOR.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	SS-CPS-314-2024 RP.pdf	SS-CPS-314-2024 RP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Señale con una X y complete

- ○ Certificar que su patrimonio a **diciembre 31 de 2023** fueron superiores a 4.500 UVT es decir **$190.854.000** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI ____ NO X
- ○ Certificar que sus ingresos fiscales a **diciembre 31 de 2023** fueron superiores a 1.400 UVT es decir **$59.376.800** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI ____ NO X
- ○ Interés y corrección monetaria (vivienda y/o Leasing habitacional) $_____
- ○ Deducciones por salud por contratos de medicina prepagada o seguros de salud para el trabajador, su cónyuge, sus hijos o dependientes $ _____

10% de los ingresos por concepto de dependientes:

- ○ Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024**. $ _____
- ○ Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural, se encuentre financiando su educación en instrucciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente (adjuntar certificado de educación con valor de matrícula **2024**). ____
- ○ Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024** $_____
- ○ El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT , certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024**. $_____
- ○ Los padres y los hermanos de contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024** $_____

Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos	**Parentesco**
_____	_____
_____	_____

- ○ Deducción por aportes de salud de acuerdo con la Ley $ _____
- ○ Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. $ _____
- ○ Rentan exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT $ _____

Tarifa de retención mayor según parágrafo 2 Artículo 384 E.T _____

Señale con una X su condición de declarante

DECLARANTE SI ___ NO X

Bajo gravedad de juramento manifiesto que todo lo señalo anteriormente es verdadero y para efecto firmo este documento.

FIRMA _____

NOMBRES Y APELLIDOS ADRIANA ROCIO MENDIVELSO.

CEDULA 35353672