126

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	09/11/2016	
		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:	4768-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 5 DE 5			
NÚMERO DE CDP	1245	FECHA	27/08/2020	NÚMERO DE CRP	37586	FECHA	30/08/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinacion ni relacion laboral alguna, prestara sus servicios y conocimientos como FISIOTERAPUETA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la Institucion, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No 4768-2020 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de Salud.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2020		30	9	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$16.310.503
VALOR EJECUTADO	$16.310.503
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
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 **$2.194.508** 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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8345276359	$1.428.102,00	$178.600	$228.500	3	$34.800	**$441.900**

Dado en Bogotá en el mes de septiembre año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Patricia Prieto C.

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Janieth F. Mendoza

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:	4768-2020	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.020		30	9	2.020
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, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Fisioterapeuta de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, 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
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componente del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sea requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Se realizan 4 IEC diarios por usuarios COVID-19, verificando los datos personales, direccion e investigacion epidemiologica para asignacion y darle curso al seguimiento. Brindando educacion en cuidados, prevencion de contagio y signos de alarma. se realizan desplazamiento a los usuarios, que no tiene datos de localizacion.	Carpeta comprimida de casos positivos, fallidos, mortalidades, trabajadores de la salud, gestantes y demas. con sus respectiva documentacion.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	SI	Apoyo profesional de la vigilacia en salud publica por medio de las acciones de brindar informacion y educacion a los usuarios frente a las medidas de proteccion que se deben tener en cuenta en la situacion de COVID-19 que se esta presentando a nivel mundial, en cuanto al reconocimiento de sintomatologia, rutas de atencion y recomendaciones a tener en cuenta.	Carpeta comprimida de casos positivos, fallidos, mortalidades, trabajadores de la salud, gestantes y demas. con sus respectiva documentacion. se brinda educacion y las respectivas recomendaciones frente al manejo de la pandemia.
Desarrollo de acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demas acciones requeridas por el espacio publico	SI	Se brinda la informacion y educacion a los usuarios frente a las recomendaciones de pautas de autocuidado y prevencion de contagio del COVID-19	Consolidado e informes diarios de las 4 IEC de los casos indice con sus respectivos contactos.
Participar en la planeacion, direccionamiento tecnico y ejecucion de las jornadas locales y distritales de promocion de la salud de acuerdo al cronograma definido por la secretaria distrital de salud y la subred.	NO	Planeacion y alistamiento de las llamadas telefonicas, para brindar informacion frente a educacion, socializacion frente a pautas de autocuidado en la prevencion del contagio del COVID-19. Educacion del lavado de manos y etiqueta de tos.	Consolidados por excel distribuidos por familia para dar cumplimiento a los 60 seguimientos diarios, brindando respectiva informacion de autocuidado frente a COVID-19,
Desarrollar acciones de control social, informacion, sensibilizacion y educacion, seguimiento a la canalizacion.	SI	Sensibilizacion a los usuarios frente al autocuidado y cuidado de sus familias tomando medidas como el aislamiento, lavado de manos y etiqueta de tos, y tener presente sintomatologia.	Reporte de LAS IEC y tablero de relacion de casos, con reporte de entregas diarias.
Generar incidencia en la reduccion del daño y gestion frente a problematicas de salud identificadas.	SI	A partir de la educacion y recomendaciones brindadas se promueve la adopcion de practicas que contribuyan a un autocuidado frente al uso adecuado del tapabocas, etiqueta de tos, lavado de manos; y tener presente sintomatologia y rutas de atencion frente al COVID-19	Base de excel, reporte de seguimiento y tablero de relacion de casos, con reporte de 20 seguimientos diarios.
Implementar actividades ludico-pedagogicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en practicas de cuidado en salud.	SI	Sensibilizacion por medio de la educacion a los casos indices y contactos sobre los signos de alarma, sintomatologia, cuidados y protocolo.	Reporte 4 IEC diarios
Participar en reuniones de asistencia tecnica programadas por los referentes de la secretaria distrital de salud.	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.
Consolidar y fortalecer grupos de lideres pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusion.	SI	Priorizar atencion a usuarios con condiciones cronicas para educar frente a la importancia de alimentacion saludable y actividad fisica dentro del hogar. Adicional educar a la poblacion frente al cuidado y prevencion del COVID-19.	4 IEC diarios reportados en el aplicativo.
Fortalecer las capacidades de autogestion y liderazgo de personas, grupos colectivos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilizacion social por el derecho de la salud.	SI	Incentivar a los usuarios a poner en practica las recomendaciones y la educacion ofrecida por los profesionales, para que de esta misma forma puedan seguir participando en el autocuidado de su salud enfatizando en las medidas de seguridad.	Registro de los 4 IEC Diarios.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	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 en caso de condicion cronica.	Aplicativo con 4 IEC diarios.
Realizar entrega oportuna y con calidad de los informes requeridos.	SI	Revision y consolidacion de los usuarios educados y sensibilizados haciendo respectiva entrega de los mismos.	Reporte 4 iec diligenciadas en el aplicativo.
Realizar actividades de coontecion 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, guias 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 publica de forma diaria según casos designados por el lider del proceso.	Entrega y envio de soportes en medio digital del as respectivas iec de COVID 19

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $ 3.570.149 TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CT

Janneth F. Mendoza 53166252

JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES CC. 53166252

CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Claudia Patricia Meza C

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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-08	2020-08	I	08/09/2020	45276359	$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

PAGADA
45276359

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
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.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2020-08	2020-08	I	08/09/2020	45276359	$441.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en 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
1	CC	53166252	MENDOZA QUIÑONES JANIETH FERNANDA	59	0			N							X										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	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 09/2020

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 3.570.149 TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/C, por concepto de servicios como PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 durante el periodo de 1 al 30 de SEPTIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4768/2020.

Janieth F. Mendoza

JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES

CC 53166252 DE BOGOTA D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCOCOLOMBIA

NUMERO 66767760524