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	9/11/2016	
		Código:	15-02-PO-0402	

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:	3103373845						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						FONTIBÓN						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FC09				SEDE:	FONTIBÓN						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FC08K32	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	66787760524								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 6 DE 6				
NÚMERO DE CDP	1381	FECHA	25/09/2020	NÚMERO DE CRP	43324	FECHA	30/09/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación o relación laboral alguna, prestará sus servicios y los implementos como FISIOTERAPEUTA de la Subred Integrada de Servicios de Salud S.E Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud del contrato/orden administrativo No 4768-2020 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de Salud.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	10	2020		31	10	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:	$19.880.652
VALOR EJECUTADO	$19.880.652
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
45665225	$1.428.102,00	$178.600	$228.500	3	$34.800	**$441.900**

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

Claudia Patricia Prieto Caicedo

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Janieth F. Mendoza

JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	Versión	1	
	Fecha de aprobación	30/08/17	
	Código	GI-ct-FO-0026	

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Ubicación del Servicio:	FD09			Sede: PONTEBON							
No. DE CONTRATO:	4788-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
				1	10	2.020		31	10	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JANNETH 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, sectoriales institucionales y portafolio de servicios, con criterios de voluntad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sea requerido y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud	SI	Se realizan 5 IEC diarios por usuarios COVID-19, verificando los datos personales, dirección e investigación epidemiológica para asignación y darle curso al seguimiento. Brindando educación en cuidados, prevención de contagio y signos de alarma, se realizan desplazamiento a los usuarios, que no tiene datos de localización.	Diligenciamiento de link de casos positivos, fallidos, mortalidades, trabajadores de la salud, gestantes y demas con sus respectiva documentacion para los casos priorizados.
Dar cumplimiento a las actividades y metas pendientes designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	SI	Apoyo profesional de la vigilancia en salud pública por medio de las acciones de brindar información y educación a los usuarios frente a las medidas de protección que se deben tener en cuenta en la situación de COVID-19 que se esta presentando a nivel mundial, en cuanto al reconocimiento de sintomatología rutas de atención y recomendaciones a tener en cuenta.	Diligenciamiento de link de casos positivos, fallidos, mortalidades, trabajadores de la salud, gestantes y demas con sus respectiva documentacion para casos priorizados, se brinda educacion y las respectivas recomendaciones frente al manejo de la pandemia.
Desarrollo de acciones individuales y/o colectivas, urbanas y rurales según requeridas por el sector o público	SI	Se brinda la información 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 5 IEC de los casos asignados con sus respectivos contactos
Participar en la planeación, direccionamiento, ejecución y ejecución de las jornadas locales y distritales de promoción de la salud de acuerdo al cronograma definido por la secretaría distrital de salud y la subred	NO	Planeacion y alistamiento de las tomacas seleccionadas, para brindar información frente a educacion, socializacion frente a pautas de autocuidado en la prevencion del contagio del COVID-19. Educacion del lavado de manos y obcuete de los.	Consolidados por excel diariamente por familia para dar cumplimiento a los 5 seguimientos diarios, enviando respectiva información de autocuidado frente a COVID-19,
Desarrollar procesos de control social, información, comunicación y educación, seguimiento a la canalización.	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 5 IEC y cubrimiento de casos, con reporte de entregas diarias
Generar incidencia en la reducción del daño y gestar frente a problemáticas de salud identificadas.	SI	A parte de la educacion y recomendaciones brindadas se promueve la adopción de practicas que contribuyan a un autocuidado frente al uso adecuado del tapabocas, etiquete de tos, lavado de manos, y tener presente sintomatologia y rutas de atencion frente al COVID-19	Base de datos, reporte de seguimiento y tablero de relacion de casos, con reporte de 5 IEC diarios.
Implementar actividades lúdico-pedagógicas 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 prevencion.	Reporte 5 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 sucesos y protocolo.	Participacion del conversatorio frente al COVID-19, presentacion respectiva PRE Y POST TEST.
Consolidar y fortalecer grupos de redes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	SI	Priorizar atencion a usuarios con condiciones vulnerables 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.	5 IEC diarios reportados en el aplicativo.
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, grupos colectivos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho de la salud.	SI	Incentivar a los usuarios a poner en practica las recomendaciones y la educacion prestada por los profesionales, para que de esta misma forma puedan seguir pendiendo en el autocuidado de su salud enfatizando en las medidas de seguridad.	Registro de los 5 IEC Diarios.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las presunciones del referente del especie asignado.	SI	Se realiza 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 condition presta.	Aplicativo con 4 IEC diarios.
Realizar entrega oportuna y con calidad de los insumos requeridos.	SI	Recepción y consolidacion de los usuarios educados y sensibilizados hacia de respectiva entrega de los mismos.	Reporte 5 ec diligenciados en el aplicativo.
Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID19 en el distrito capital en el marco del contrato PSPIC, dependiendo de recursos tecnológicos, locativos que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamiento emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda 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 líder del proceso.	Entrega y envio de soportes en medio digital de las respectivas bd de COVID 19

OBSERVACIONES:

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

Janeth F Mendoza 53166252

JANETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES CC. 53166252

Firma

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencia numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligencia la fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadanía
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencia las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (SI o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron de las actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	ENCARGADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53189252	JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES		CARRERA 4 N 24 37	1566384	JFEMEQUI@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	I	08/10/2020	456652	$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	830039790-8	34.800				34.800	0	0	34.800			316	34.800	1

TOTALES CCF

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, INF 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
ESAP		0	0
ICBF		0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES		441.900	441.900

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar (Política 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	53168252	JANETH 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	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	I	08/10/2020	45650260	$441.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				APORTES						
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Sede	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	Días Cotizados	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	53168252	MENDOZA QUIÑONES JANETH FERNANDA	99	0		X													25-14	1.478.102	228.900	0	0	0	0	CPS006	1.478.102	118-3	14-11	1.478.102	3	34.600		0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar (Gestión de información)

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 10/2020

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 31 de OCTUBRE 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