	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión: 1	
		Fecha de Aprobación: 04/12/2018	
		Código: 15-02-PO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY PAOLA MENDOZA CASTRO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1033729324						
CORREO ELECTRONICO:	cindymendoza.cf@outlook.com				CELULAR:	3208273289						
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	16385728526								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5970-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 2 DE 2				
NÚMERO DE CDP	1381	FECHA	9/25/2020	NÚMERO DE CRP	44154	FECHA	9/30/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios como auxiliar de Enfermería para procesos de Salud Pública para el hospital de Fontibon E.S.E o donde se requieran sus servicios conforme a los requerimientos realizados por el supervisor del contrato										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	10	2020		31	10	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015										
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:	$4.247.562
VALOR EJECUTADO	$4.247.562
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
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% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1033244603	$878.900	$109.900	$140.700	3	$21.500	$272.100

Dado en Bogotá en el mes de octubre del año DOS MIL VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA PRIETO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Cindy Paola Mendoza Castro
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión:	2	
		Fecha de actualización:	05/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				Sede:		FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	3570-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	10	2020		31	10	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY PAOLA MENDOZA CASTRO			1033729324		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicio de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area 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.

X NO ___ Servicios: SI ___ NO____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos ,protocolos operativos e instructivos definidos por la SDS y la institución.	SI	1. Se ejecutan las actividas del mes de SEPTIEMBRE de acuerdo al lineamiento del proyecto de Mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica puntos de entrada terminales portuarios	cumplimiento con la revision y envio de todos los productos actualizacion, alimentacion, y revision a diario en SURESOC
2- Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	1. se realiza a diario teletrabajo actualizando información de cada uno de los casos indice con sus estrechos para realizar su respectivo seguimiento de aislamiento preventivo frente a covid 19	se realiza y se envio de forma oportuna y diaria el reporte de seguimiento realizado por COVID 19 en el mes de OCTUBRE
3- Recepción, verificación, pre-crítica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP.	SI	1 se realiza a diario entrega de los seguimientos realizados por medio de la plataforma SURESOC y DRIVE en donde notifico los casos que diario y los que aun siguen activos para que asi me asignen en la plataforma y cumplir meta	se realizo entrega de los seguimientos realizados por medio de la plataforma SURESOC Y DRIVE
4- Realizar la búsqueda activa comunitaria y respectivo soporte	SI	se realiza teletrabajo donde se brinda seguimiento de salud a cada uno de los casos asignados, en donde se le brinda información de prevención de los autocuidados que debemos tener frente a covid 19	se realizo seguimiento telefonico brindando informacion de prevencion y medidas de autocuidado frente al covid 19 a casos asignados por la jefe en plataforma suresoc para cumplimiento de su respectivo aislamiento
5.Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación,	NO	no aplica	no se programan actividades
6- Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna.	SI	se realizo actividades en el proyecto de acciones integradas a puntos de entrada septiembre 2020	acciones realizadas se relaciono por medio via web plataforma suresoc
7- Articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área del sector y de la red sur occidente, que atiendan los eventos y poblacion de interes	NO	no aplica	no se programan actividades
8- Asistir y participar en las reuniones programadas al interior de de la subred y en espacios extrainstitucionales, locales y distritales.	SI	NO APLICA	1. Acta y listados de asistencia.
9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado.	SI	1. se realiza actualización de la plataforma suresoc reporte diario de seguimiento de casos indice con sus estrechos por contingencia covid 19, comunicación de riesgo covid 19 a presente síntomas(como fiebre,los dolor de garganta dolores dolor de cabeza)	1.se realizo actualizacion de seguimiento a plataforma suresoc a diario por contingencia covid 19, se realiza seguimiento telefonico a casos indices con sus estrechos donde se les brinda recomendaciones de salud la importancia del aislamiento maloncs y
10-verificar concordancia dialogo magnetico de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad completitud.	SI	diligenciamiento diario de seguimiento en latoforma suresoc y reporte diario de los seguimientos realizados	1. se envio por via web drive soporte de los seguimientos realizados a diario cuantos quedan activos cuantos se cerraron y cuantos por asignar
11-Participara en pre-auditoria y 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 auditoria de las acciones realizadas en el mes de SEPTIEMBRE del proyecto mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiologica en puntos de entrada terminales portuarios.	1. se envia evidencia por via web
12.Realizar la gestion del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	SI	1.se realiza diligenciamiento de manera clara y oportuna en plataforma suresoc drive y correo electronico instrumentos y formatos que me son encomendados, asi como se vela por la custodia y el buen manejo de la gestion documental.	se realiza registro respectivo con calidad y buen manejo de la documentacion y de las bases via web y correo electronico
13. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manera mensual.	SI	se envia base de seguimiento y base sinitomatico respectivo del mes laborado los dias 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,17.18,19,20,21,22,23,24 ,25,26,27,28,29,30	se envia informe diario de bases correspondientes del mes de septiembre
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 formulacion programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.	SI	se realiza teletrabajo a usuarios positivos y contactos directos diligenciando base de datos a diario	1.Contingencia por COVID 2020 2. Se realiza seguimiento telefónico a usuarios índice y estrechos diligenciando base de drive, del mes de OCTUBRE 2020

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/CTE

Cindy Paola Cesta 1033729324

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CINDY PAOLA MENDOZA CASTRO CC 1033729324

Claudia Ramirez

FIRMA Y NOMBRE Jefe de Unidad Inmediato Supervisor:

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N 10/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CINDY PAOLA MENDOZA CASTRO

C.C 1033729324 DE BOGOTÁ

La suma de 2.197.015 (dos millones ciento noventa y siete mil cero quince pesos MCTE), por concepto de: prestación de servicios de salud como auxiliar de enfermería durante el periodo de 01 al 31 de octubre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5970-2020

Cindy Mendoza Castro

Nombre de contratista

C.C. 1033729324 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 18385726526

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

Fecha creación reporte 2020-10-20, 09:00:37 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1033244609 Referencia pago(PIN) 6803614250

Periodo Cotización 202009 Periodo Servicio 202009

Cliente:

PAGADA 2020-10-19

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CINDY PAOLA MENDOZA CASTRO		
Documento	CC 1033729324	**Dirección**	CLL 55 SUR # 104 -48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3208273289
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO — **Total Afiliados** 1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1033729324		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					MENDOZA CASTRO CINDY PAOLA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	Exonerado	Tipo salario	Salario	Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
R ... 0 30 30 30 0			[illegible]	230201		16 %	[illegible]	$ 140.700	$ 0	$ 0

Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos
EPS005		12.5 %	[illegible]	$ 109.900	$ 0	[illegible]	3	[illegible]	[illegible]	$ 21.600

Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
[illegible]	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 140.700	$ 0	$ 0	$ 109.900	$ 21.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.100