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 Fecha de aprobación: 09/11/2016 Código: 15-02-FO-0002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY MABEL MENDOZA HILARION												
TIPO DE DOCUMENTO:	C C	X	C E		NO	1022928075							
CORREO ELECTRONICO:	jmmendozah@unal.edu.co				CELULAR:	3208782358							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBON								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FO09				SEDE:	SUR							
	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K32	100											
ENTIDAD FINANCIERA	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	462870057280								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4758-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 de 4		
NÚMERO DE CDP	729 823	FECHA	5/05/2020 30/05/2020	NÚMERO DE CRP	26102 27642	FECHA	13/05/2020 03/06/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area PIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED 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	6	2020		30	6	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$0				
OBSERVACIONES: se realiza aporte a fondo de pensiones por el 3% de acuerdo al beneficio del pago parcial a pension reglamentado en la resolucion 686 de 2020.									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12.740.354
VALOR EJECUTADO	$5.600.056
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.538.624
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7.140.298
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	44%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **minimo** 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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
42730237	$846.000,00	$105.800	$25.400	3	$20.700	**$151.900**

Dado en Bogotá a los en el mes de JUNIO del 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

JENNY MABEL MENDOZA HILARION
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-02-FO-0003
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA					**Sede: FONTIBON**				
No. DE CONTRATO:	4758-2020	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	6	2 020		30	6	2 020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY MABEL MENDOZA HILARION		C. C.	1 022 928 075		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area PIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED 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
Especificos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados. en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Realizar el seguimiento de caso y contactos de alertas por coronavirus de acuerdo al los protocolos Apoyo tecnico y operativo de la vigilancia en salud publica de forma diaria, los cuales estan designados por el lider del proceso Informar al lider del proceso de cualquier novedad respecto a las caracteristicas puntuales de cada proceso.	base de excel de seguimientos de casos probables y positivos con sus respectivos contactos de pacientes COVID 19, de acuerdo al formato establecido y al evento, informes diarios , semannales , mensuales de acuerdo a la necesidad
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-ESE.	SI	verificar la calidad del dato en la redacción y entrega de bases, para los respectivos seguimientos del COVID-19	
Generar incidencia en la reduccion del daño y gestion frente a problematicas de salud identificadas	SI	organización y entrega de datos según directrices de la lider (abiertos, cerrados positivos)	
participar en reuniones de asistencia tecnica programados por los referentes de la secretaria distrital de salud.	SI	asistir de manera oportuna a reuniones programadas por la lider para su respectiva retroalimentacion del proceso de . seguimiento COVID-19	Actividades de acuerdo a la dinamica del evento conforme con los lineamientos de la INS y el ministerio de salud informe mensual y diario de las actividades realizadas
fortalecer las actividades de autogestion y liderazgo de personas , grupos colectivos , organizacion y redes comunitarias para impulsar los eejrcicios participativos y la movilizacion social por el derecho a la salud	SI	entrega oportuna de tabla de control, casos indices con sus respectivos estrechos, con probabilidades de riesgo y los casos con sus estrechos positivos	
realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridosacorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	SI	realizar correcciones a las retroalimentaciones brindadas por la lider del proceso frente a los hallazgos	
realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	diligenciar la respectiva base de reporte de pruebas pendientes para casos indice con resultado de laboratorio pendientes para COVID 19	
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditorao SDS, Entes de control	SI	soportes de correos enviados a la lider del proceso de seguimiento del COVID 19. Dentro de los determinantes expuestos para la lideer del proceso	envio , recepcion y entrega de soportes en medio digital de los respectivos seguimientos de COVID 19
realizar actividades de contencion y o mitigacion por la pandemia COVID-19 en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos tecnologicos que permitan implementar acciones ordenadas de los protocolos , guias y lineamientos emanados a nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos.	SI	realizar seguiemiento de casos y contactos de alerta por COVID 19, 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	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3538624 Tres millones quinientos treinta y ocho mil seiscientos veinticuatro

N JENNY MABEL MENDOZA HILARION CC 1022928075

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Claudia Lucia Pinzon Pinzon C.

VB AMS

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
CC	1022928075	JENNY MABEL MENDOZA HILARION		CALLE 67 C SUR NO 1C - 23 ESTE APTO 102	3208782358	JMMENDOZAH@UNAL.EDU.CO
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	29/05/2020	42736237	$151.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	105.800	0		0		0	0	0	0	105.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	25.400	0	0	0	0	0	0		25.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	800903790-5	20.700				20.700	0	0	20.700			207	20.700	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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	105.800	105.800
Pensión	1	25.400	25.400
Riesgos Laborales	1	20.700	20.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	151.900	151.900

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	1022928075	JENNY MABEL MENDOZA HILARION	CALLE 67 C SUR NO. 1C - 23 ESTE APTO 102	3208782358	JMMENDOZAH@UNAL.EDU.CO	
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
2020-05	2020-05	I	29/05/2020	42730237	$151.900

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	Enviado	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	Cod. 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	1022928075	MENDOZA HILARION JENNY MABEL	59	0			N	X																230301	846.000	25.400	0	0	0	0	EPS008	846.000	105.800	14-11	846.000	3	20.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 06/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JENNY MABEL MENDOZA HILARION

CC 1022928075 DE BOGOTA D.E

La suma de 3'538.624 Mcte (tres millones quinientos treinta y ocho mil seiscientos veinticuatro pesos moneda corriente) por concepto de servicios como PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4758/2020.

JENNY MABEL MENDOZA HILARIÓN

CC 1022928075 de BOGOTÁ D. E

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 462870057280

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: viernes, 12 de junio de 2020 01:40 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1022928075
Nombres y Apellidos	JENNY MABEL MENDOZA HILARION		
Fecha de nacimiento:	10/10/1986		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Quinta dosis	23/10/2013	Bostrix	AC37B1190A	HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E. UPA SAN JUAN BAUTISTA
Fiebre amarilla	Primera dosis	18/02/2019	Fiebre Amarilla	P3A11	TERMINAL SATELITAL SUR
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Segunda dosis	09/10/2009			CLINICA COLSUBSIDIO CIUDAD ROMA
	Tercera dosis	26/02/2011			CLINICA COLSUBSIDIO CIUDAD ROMA
Influenza	Única	04/06/2020	GC FLU	V50220015	UPA 68 BRITALIA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	03/08/2005	Sarampión -Rubéola		
Td	Tercera dosis	09/10/2009	Tetavax		CLINICA COLSUBSIDIO CIUDAD ROMA
	Cuarta dosis	26/02/2011	Tetavax		CLINICA COLSUBSIDIO CIUDAD ROMA
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				