163

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:	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		4 de 4	
NÚMERO DE CDP	823	FECHA	30/05/2020	NÚMERO DE CRP	27642	FECHA	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	8	2020		31	8	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$0					

OBSERVACIONES: Ninguna.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12.740.354
VALOR EJECUTADO	$12.740.354
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 **$2.194.507**, 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
44472953	$1.428.060,00	$178.600	$228.500	3	$34.800	**$441.900**

Dado en Bogotá a los en el mes de AGOSTO 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

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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA					**Sede: FONTIBON**				
No. DE CONTRATO:	4758-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	8	2.020		31	8	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 parámetros 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 Secretaría Distrital de Salud.	SI	Realizar 5 IEC diarias. Informar al lider del proceso de cualquier novedad respecto a las caracteristicas puntuales de cada proceso.	Carpetas comprimidas debidamente marcadas , con su correspondiente ficha tecnica o su solicitud, historia clinica o su solicitud, formato de IEC, Línea del tiempo en excel y reporte de laboratio, ademas del primer seguimiento al contacto indice y sus estrechos en el aplicativo SURESOC
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	Entregar soportes de las IEC con la calidad pertinente	
Generar incidencia en la reduccion del daño y gestion frente a problematicas de salud identificadas	SI	Brindar recomendaciones a los usuarios para prevenir contagio por COVID-19	
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 realización de las IEC 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 , organización 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	Cumplir con el diligenciamiento de los formatos designados para cada caso	
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditorao SDS, Entes de control	SI	soportes de asgnacion diaria de IEC, Dentro de los determinantes expuestos para la lider del proceso	envío , recepcion y entrega de soportes en medio digital de los respectivas IEC diarias
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 105 IEC de usuarios asignados en el SURESOC con COVID 19, de acuerdo a los protocolos indagando la sintomatologia , apoyo tecnico y operativo de la vigilancia en salud publica y dar recomentaciones.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3570149 Tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve pesos mcte

N: JENNY MABEL MENDOZA HILARION CC 1022928075

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Claudia Patricia Pineda 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	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-07	2020-07	I		44472953	$450.500	

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
230301	Porvenir	800224808-8	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.600	0	0	8.600	1

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	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	450.500	450.500

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	1022926075	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	
2020-07	2020-07	1		44472953	$450.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Categoría	Duplicado	Estudiante	Colombo Exterior	Extranjero	IGE	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	1022926075	MENDOZA HILARION JENNY MABEL	59	0			N							X									230301	1.428.060	228.500	0	0	0	0	EPS008	1.428.060	178.600	14-11	1.428.060	3	34.800	CCF24	1.428.060	8.600	0	0	0	0	0

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 08/2020

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 3'570.149 Mcte (Tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve pesos moneda corriente) por concepto de servicios como PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA-PROFESIONAL 2 durante el periodo de 01 al 31 de AGOSTO 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

NÚMERO 462870057280