ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | **CO-OPS-FT-11 V6**

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde: 01-may.-21		Hasta:	31-may.-21		
Nombre del Contratista:	FLOR ANGELA ALARCON HENRNADEZ		Cédula:	1018433687		
Correo Electrónico:	ANGELA23031990@GMAIL.COM		Teléfono(s):	3222179880		
Nombre del Supervisor - Planta:	ANDREA LOPEZ GUERRERO		Cargo:	JEFE OFICINA DE PARTICIPACIO	Código-Grado:	006-05
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	ANGIE VANESA BOLIVAR PUENTES		Perfil	PROFESIONAL ADMINISTRATIV	No. CTO:	3264-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	006975	Año Contrato: 2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	2486	
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA RUTA DE LA SALUD				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
UNIDAD DE SERVICIOS :	CANDELARIA SEDE ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC								
RURALIDAD	Mostrar						$ -	0,00%
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Ocultar							
RUTA DE LA SALUD		RUTA DE LA SALUD	T12RS	194		$ 7.833	$ 1.519.602	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Ocultar							
								0,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.519.602	UN MILLON QUINIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS DOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/12/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/12/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-01-01	2021-04-30	1	$ 5.827.752	2840	1	Diciembre	$ 1.503.936
2	2021-05-01	2021-05-19	2	$ 1.003.363	969	2	Enero	$ 1.456.938
3	2021-05-20	2021-06-30	3	$ 2.079.134	1333	3	Febrero	$ 1.515.897
						4	Marzo	$ 1.519.602
						5	Abril	$ 1.519.602
						6	Mayo	$ 1.519.602
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.644.930	$ 10.555.179	$ 9.035.577	$ 1.519.602

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Apoyar los traslados de los usuarios trasladados	. Se realiza entrega de planillas diariamente al terminar jornada laboral (960 usuarios trasladados)	Planillas de translado
2	Dar información y orientación a los usuarios, familia comunidad sobre el acceso al programa ruta de la salud, Derechos y Deberes y demás temas transversales del programa de la Subred Sur	Se realiza charlas informativas a los usuarios trasladados (521 usuarios informados)	formato de charlas
3	Aplicar encuestas a satisfacción a los usuarios trasladados en la ruta de la salud	Se realiza aplicación de encuestas de satisfaccion (42 encuestas aplicadas)	formato de encuestas de satisfaccion
4	Realizar limpieza y desinfección (según la guía aprobada)	Se realiza limpieza y desinfeccion diariamente (44 sesiones de limpieza y desinfeccion)	formato de limpieza y desinfeccion
5	Dar cumplimiento a los puntos de embarque y recorridos establecidos en el cronograma de operación	Se da cumplimiento al cronograma estipulado por ruta (159 sesiones de socialización del programa en los puntos de embarque)	formato de socializacion del programa en los puntos de embarque
6	Participar en la reuniones en las cuales sean convocados por la Subred Sur.	Asistir a la reunión mensual del equipo de ruta de la salud programada por la referente del programa (1 reuniones asistidas)	acta y listado

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | **CO-OPS-FT-11 V6**

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	4	2021	05	11	8350499306		$ 1.519.602

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON QUINIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS DOS PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	4	SURA		$ -	
CAJA DE COMPENSACION	NO	NINGUNA		$ 259.000	$ 259.000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870432723

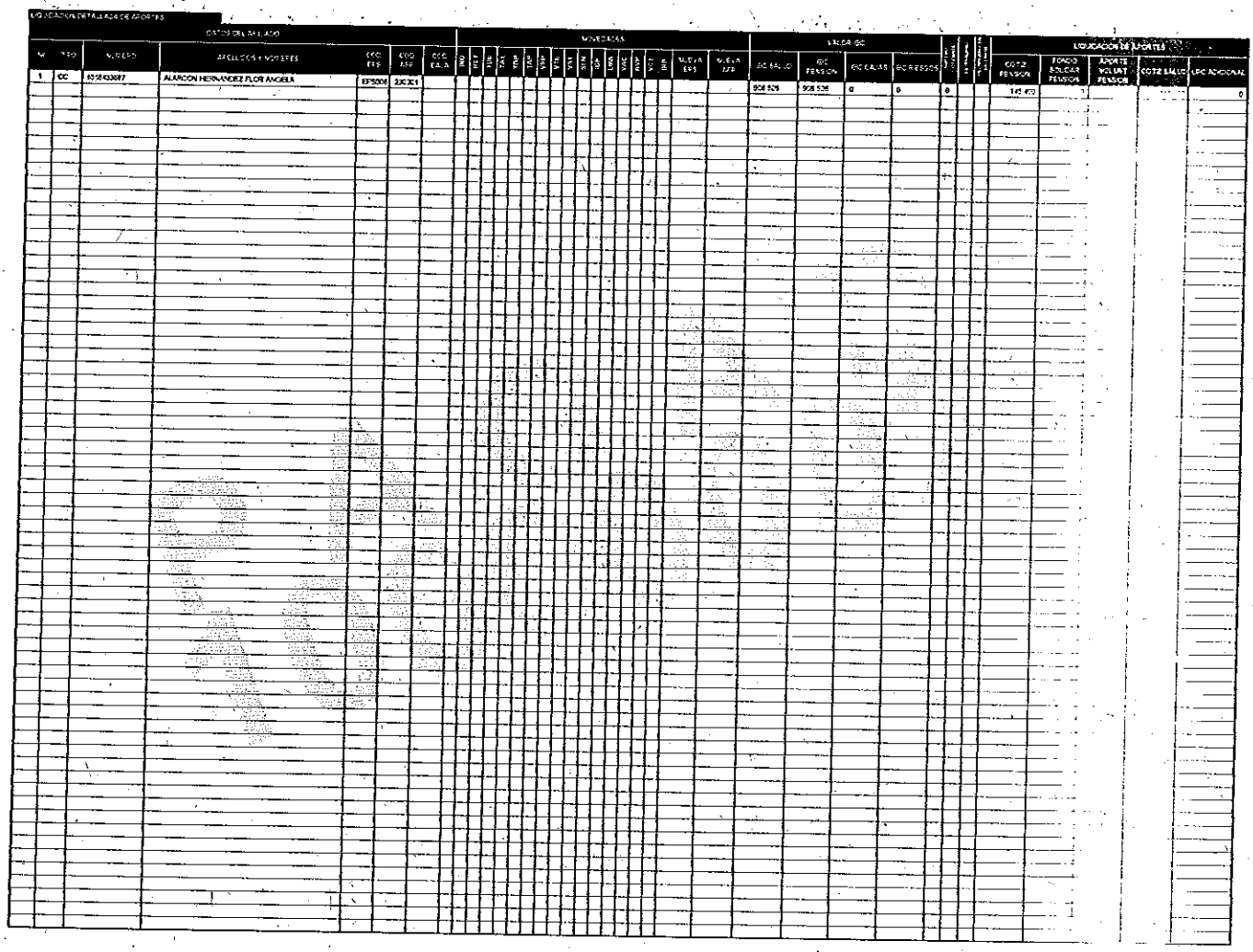
VALOR ANGELA ALARCON HENRIQUEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.018.433.687
CC. NO. CONTRATISTA

ANDREA LOPEZ GUERRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR
JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

ANGIE VANESA BOLIVAR PUENTES
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO

2021-02-12

compensar | miplanilla.com



N	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDA	TAS	HEM	HEP	HED	HEN	HRN	HRD	VAC	AVP	VCT	INR	NOVEDAD EPS	NOVEDAD AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS				LIQUIDACION DE APORTES				
																							VALOR IBC							COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1018430697	ALARCON HERNANDEZ FLOR ANGELA	EPS004	23CK01																		908.526	908.526	0	0	0			145.400				0

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

Señor(es):	FLOR ANGELA ALARCON HERNANDEZ
Nit:	CC 1018433687
Dirección:	CALLE 65B NO 22A - 19
Teléfono:	7319785 **Fax:**
Ciudad:	BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

[illegible]	FLOR ANGELA ALARCON H
[illegible]	1018433687
[illegible]	8350499306
[illegible]	5/11/2021
[illegible]	1000000266
[illegible]	1001
[illegible]	$0

Número de empleados	1
Periodo pensión salud	Abril 2021
Periodo pensión pensión	Abril 2021
Periodo riesgos profesionales	Abril 2021
Número de administradoras	2
Total Pagado	$259.000
Total Otros Pagos	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$145.400	1
EPS008	Compensar EPS	$113.600	1

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