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:	YAMILE DIAZ GOMEZ		Cédula:	52.884.688	
Correo Electrónico:	YAMILEDIAZGOMEZ@OUTLLOK.COM		Teléfono(s):	3144053919	
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Código-Grado:
Nombre del Supervisor - Contratista:	YURY VIVIANA FUQUENE PEÑA		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO: 5874 -2021
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	5874-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	1076
PERFIL:	PSICOLOGA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				

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							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Ocultar							
PIC VIGILANCIA SALUD PUBLICA SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K32PI				$ 3.685.163	100,00%
							$ -	
							$ -	
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3.685.163	TRESMILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO SESENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01-05-2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30-06-2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2		
						3		
						4		
						5	MAYO	$ 3.685.163
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.312.847	$ 7.312.847	$ 3.685.163	$ 3.627.684

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	Realizar investigación epidemiológica de campo (IEC) de eventos de interés en salud pública.	Elaboracion de 100 casos correspondientes al evento IEC Covid	La evidencia se encuentra en el drive grupo 2 carpeta vigilancia epidemiologica
2	Realizar investigación socio epidemiológica de campo	Recepción, captación del caso,desarrollo y elaboracion de la investigacion epidemiologica para eventos COVID 19.	Se realiza IEC por llamada telefonica
3	Registrar la información de la Intervención Epidemiológica de Campo (IEC) en el formulario y/ o sistema establecido.	Se realiza el respectivo diligenciamiento en el Link de IEC y el seguimiento en aplicativo correspondiente	Registro en la base de datos y en bases de control interno.
4	Identificar problemáticas de riesgos colectivos que afecten la salud y calidad de vida de la comunidad, reportando a los Entes competentes.	Entrega de los soportes completos del evento IEC COVID	Se diligencia bases de datos asignadas por el grupo 2
5	Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente).	Entrega oportuna de formato canalizacion	Se realizan canalizaciones degun necesidad(1)

Escaneado con CamScanner

6	Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	Se realiza una asistencia a 2 reuniones de reunion sincronica por parte de los lideres de vigilancia en salud pública para el abordaje y la atención de casos probables o confirmados para covid-19.	Registro en la base de datos y en bases de control interno.
7	Validadas y ajusta las bases de Datos según requerimiento.	Se realiza la actualizacón y la validación en un promedio tres (3) bases de datos de acuerdo a la solicitud del líder y supervisor de contrato, frente a información de cada uno de los casos y el estado actual de los mismos.	Registro en la base de datos y en bases de control interno.
8	Realizar cruces de información con prestadoras y aseguradoras, como fuente de identificación de casos.	Realizar cruce y verificación de la información en los diferentes aplicativos de búsqueda, con el fin de brindar información mas acertada de los casos correspondientes	Registro en la base de datos y en bases de control interno.
9	Realizar recolección de la información en el instrumento para visita de IEC con criterios de calidad e integralidad.	Identificar los casos confirmados sospechosos y negativos para Covid-19, se identifican los nexa de posible contagio y se dan recomendaciones en autocuidado	Registro en la base de datos y en bases de control interno.
10	Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo en brotes de eventos de interés en salud pública.	Según se identifique, se realiza la respectiva notificacion al equipo ERI por medio de correo electronico	Registro en la base de datos y en bases de control interno.
11	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	Se participa activamente y por demanda, en las actividades de fortalecimiento del Subsistema, con la necesidad, atención y oportuna.	Registro de asistencia
12	Cumplir con la disponibilidad para la atención de urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique el lineamiento.	NO APLICA	NO APLICA
13	Tomar muestras biológicas para los diferentes eventos de Salud Publica que establezcan de acuerdo a los lineamientos de Secretaria Distrital de Salud o Instituto Nacional de Salud.	NO APLICA	NO APLICA
14	Las demás que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio.	Las demás que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio.	Registro de asistencia según sea la evnetualidad
15	Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamiento establecidos por el proceso de gestión documental de la Subred (foliados, rotulados, en carpeta y Formato Único de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado.	Se da cumplimiento deacuerdo a solicitud y requerimiento	Registro de asistencia según sea la evnetualidad

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.627.628
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	4	2021	05	10	50500915		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRESMILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETEMIL SEISCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

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	COLFONDOS	$ 1.451.100	$ 232.200	$ 232.200
SALUD		FAMISANR		$ 181.400	$ 181.400
ARL	3	SURA		$ 35.400	$ 35.400
CAJA DE COMPENSACION	NO	N/A		$ 449.000	$ 449.000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870253871

CAMILE DIAZ GOMEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.884.688
CC. NO. CONTRATISTA

YURY VIVIANA FUQUENE PEÑA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

[redacted]
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

2021-02-12

Escaneado con CamScanner

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	52884688	YAMILE DIAZ GOMEZ	DIAGONAL 61 B SUR 18Q 33	7906774	yamilediazgomez@outlook.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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	10/05/2021	50500915	$449.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	181.400	0		0		0	0	0	0	181.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	232.200	0	0	0	0	0	0		232.200	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	35.400				35.400	0	0	35.400			354	35.400	1

TOTALES CAJAS

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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	181.400	181.400
Pensión	1	232.200	232.200
Riesgos Laborales	1	35.400	35.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	449.000	449.000

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner

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	52884688	YAMILE DIAZ GOMEZ		DIAGONAL 61 B SUR 18Q 33	7906774	yamilediazgomez@outlook.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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-04	2021-04	I	10/05/2021	50500915	TOTAL A PAGAR	
					$449.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	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	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	52884688	DIAZ GOMEZ YAMILE	59	0			N							X										231001	1.451.051	232.200	0	0	0	0	EPS017	1.451.051	181.400	14-11	1.451.051	3	35.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar

Escaneado con CamScanner