ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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:	MIRYANY ROJAS HERNANDEZ		Cédula:	52768324			
Correo Electronico:	mirya.rojas0325@gmail.com		Teléfono(s):	3115740422			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR		Perfil	REFERENTE GESTION HOGAR	No. CTO:	5508	
Apoyo tecnico a la supervisión - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervisión - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005554	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	1076
PERFIL:	PSICOLOGO.				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	ESPACIO VIVIENDA				

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							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Ocultar							
PIC ESPACIO VIVIENDA SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K27PI				$ 3.656.451	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3.656.451	TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/05/2021				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	$ 3.656.451
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.284.135	$ 7.284.135	$ 3.656.451	$ 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	Implementar los procesos asignados como PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas, el plan de salud territorial y plan operativo institucional	Realización de 10 caracterizaciones y 50 implementaciones en la zona periurbana de Ciudad Bolivar	Formato de implementacion del plan familiar
2	Apoyar los procesos de la respuesta integral en salud, reconociendo las necesidades de la comunidad con enfoque diferencial, comunitario, familiar, poblacional y de curso de vida.	Apoyo en los procesos de respuesta integral en salud en zonas periurbanas de la localidad de ciudad bolivar	Formato de implementacion del plan familiar
3	Desarrollar procesos de planeación, Ejecución y Evaluación de las acciones asignadas y concertadas en los diferentes procesos y/o componentes en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones de mejoramiento a que haya lugar.	Desarrollo del proceso de planeación, ejecución y evaluación de las acciones asignadas en la zona periurbanas	Formato de implementacion del plan familiar
4	Entregar de manera oportuna cronogramas de trabajo, productos e informes según indicaciones técnicas.	Entrega del cronograma del mes correspondiente	formato de cronograma de trabajo
5	Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud.	Entrega del producto establecido en zonas periurbanas	Formato de implementacion del plan familiar
6	Los productos presentados deben cumplir con atributos de calidad, oportunidad y veracidad	Entrega de soportes con atributos de calidad, oportunidad y veracidad	acta de reunion
7	Realizar la revisión de los lineamientos técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención y realizar apropiación de los mismos	Revision de lineamiento abril junio 2021	acta de reunion
8	Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	No se realiza en el mes	acta de reunion

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

9	Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos	No se realizo en el mes	acta de reunion
10	Asistir a las reuniones de acuerdo a la convocatoria direccionada por su supervisor y líder técnico.	Asistencia a reuniones del espacio vivienda	acta de reunion

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NÚMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.627.628
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	4	2021	05	10	77694588&6		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS VEINTIOCHO 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	PROTECCION	$ 1,451.051	$ 232.200	$ 232.200
SALUD		FAMISANAR		$ 181.400	$ 181.400
ARL	3	SURA		$ 35.300	$ 35.400
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 448.900	$ 449.000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	570004870410554

MIRYANY ROJAS HERNANDEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.768.324
CC/ NO. CONTRATISTA

CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR
NOMBRE DEL SUPERVISOR
REFERENTE GESTION HOGAR

#¡REF!
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52786324
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MARYAN ROJAS HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 81A SUR # 96 - 24	TELÉFONO:	7658537
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades ejecutivas y labores de la ec
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			No

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7785491846	TIPO DE PLANILLA:			I INDEPENDIENTES
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS:	MES [illegible] AÑO 2021	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	[illegible]	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/05/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			943371435

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 232.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 232.200	$ 0	$ 232.200
SUBTOTALES:										$ 232.200	$ 0	$ 232.200

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 181.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 181.400	$ 0	$ 0	$ 181.400
SUBTOTALES:													$ 181.400	$ 0	$ 0	$ 181.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 35.400	$ 35.400	$ 0	$ 0	$ 35.400
SUBTOTALES:									$ 35.400	$ 0	$ 0	$ 35.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	VL UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
CC 52786324	ROJAS HERNANDEZ MARYAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN SE	1.451.163	NO	230201-PROTECCION	1.451.160	$ 232.200	$ 0	$ 0	NORMAL	$ 232.200	EPS017-FAMISANAR	1.451.160	$ 181.400	$ 0	$ 181.400	14-11 - ARL SURA	1.451.160	[illegible]	$ 35.400	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 449.000

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
983621435

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
08/05/2021

Número de aprobación
00621435

Dirección IP
186.84.90.2

Valor transacción
$ 449.000,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.33	CC	52768324