| 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: | MARIA CECILIA GONZALEZ GONZALEZ | | Cédula: | 53039256 | | | |
| Correo Electrónico: | CECILIA2384MICA@GMAIL.COM | | Teléfono(s): | 3006889574 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | | | Cargo: | | Codigo-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | LUCY YAMILE VILLOTA VILLACORTE | | Perfil | REFERENTE DE GESTION | No. CTO: | 5288 - 2021 | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 005252 | Año Contrato | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 1076 |
| PERFIL: | ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCIÓN DE GESTION DEL RIESGO | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | ENTRONO TRABAJO | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Ocultar | | | | | | | |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| 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 TRABAJO SALUD PUBLICA | | SALUD PUBLICA | K28PI | | | | $ 4.781.350 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 4.781.350 | CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS |
|---|---|---|

### 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 | $ 4.781.350 |
| | | | | | | 6 | | |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 9.525.117 | $ 9.525.117 | $ 4.781.350 | $ 4.743.767 |

## 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 intervenciones asignadas como profesional especializado con criterios de calidad a fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas con el Plan de salud Territorial y Plan Operativo Institucional. | Se realizan 33 Primer acompañamientos y 33 segundos acompañamientos en promoción del autocuidado y getión del riesgo en salud de los trabajadores de la economía informal en UTI Alto impacto. | Diligenciamiento de formatos |
| 2 | consolidar cronograma de trabajo del equipo y evaluarlo. | Actualización cronogra Actualización cronograma de Mayo, | Envio por correo |

| 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | Verificar productos teniendo en cuenta las caracteristicas de calida con oportunidad y veracidad e informes según indicaciones tecnicas impartidas. | Entrega oportuna y con calidad de los formatos requeridos por los procesos | Diligenciamiento de formatos |
| 4 | Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera con el cumplimiento de fos objetivos establecidos. | Se informa a los apoyos y lideres del entorno Laboral sopbre las eventualidades presentadas durante el desarrollo de las acciones. | Personalmente o por medio magnético |
| 5 | Realizar alistamiento del equipo interdisciplinario, incluye la apropiación y reflexion sobre fundamentación conceptual, metodologia y operativa de la acción integradodra en articulación y coordinación con el equipo distrital que guiará la misma | Se realiza alistamiento para el desarrollo de las acciones programadas del Entorno laboral | Diligenciamiento de formatos |
| 6 | Activar los protocolos de referencia y contrareferencia, plan de respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad. | Se realizan canalizaciones según necesidad detectada durante las acciones durante el mes vigente. | Entrega en medio magnético |
| 7 | Asistir a las diferentes reuniones o eventos asignados y/o delegados; apoyo a la realizacion de jornadas, actividades y eventos de interes del area de salud pública de la Subred sur, cuando sea requerido. | Se asiste a las reuniones programadas por el Entorno Laboral durante el mes de Mayo de forma virtual y presencial. | Listado de asistencia |
| 8 | Estar disponible al cronongrama de disponibilidad mensual para la atención de eventos en salud Publica de la Sub red Sur en el desarrollo de los productos y/o actividades contratadas. | Revision diaria de cronograma del Entorno Laboral. | Entrega en medio magnético |
| 9 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 4.743.822 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 4 | 2021 | 05 | 12 | 1037162420 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTIDOS 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 | $ 1.897.529 | $ 303.600 | $ 303.7[illegible] |
| SALUD | | SANITAS | | $ 237.200 | $ 237[illegible] |
| ARL | 3 | SURA | | $ 46.200 | $ 46.[illegible] |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 587.000 | $ 587.200 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCOLOMBIA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 67317326146 |
|---|---|---|---|---|---|

Cecilia Gonzalez G.

MARIA CECILIA GONZALEZ GONZALEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53.039.256
CC. NO. CONTRATISTA

0
NOMBRE DEL SUPERVISOR
0

LUCY YAMILE VILLOTA VILLACORTE
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTE DE GESTION

2021-02-12

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

**Fecha creación reporte** 2021-05-12, 09:39:09 PM **Tipo Planilla** 1 **Número Planilla** 1037162420

**Periodo Cotización** 202104 **Periodo Servicio** 202104

**Cliente:**

**PAGADA 2021-05-12 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARIA CECILIA GONZALEZ GONZALEZ | | | | |
| **Documento** | CC 53039256 | **Dirección** | CL 53A SUR #37 A - 39 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 2704059 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

## II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 53039256 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | GONZALEZ GONZALEZ MARIA CECILIA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

## III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Extranjero | Tipo salario | Salario |
| | | | | | | X | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.607.629 |

| Pensión | | | | | | | Salud | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código APP | Código Tras. APP | Tarifa APP | IBC | Total Aporte APP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC |
| 230301 | | 16 % | $ 1.607.629 | $ 303.700 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 1.607.629 | $ 237.200 | $ 0 |

| Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.607.629 | $ 46.300 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

## IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 303.700 | $ 0 | $ 0 | $ 237.200 | $ 46.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 587.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!