| 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 V8 |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 01-may.-21 | Hasta: | 31-may.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE | | Cédula: | 1013681679 | | | |
| Correo Electrónico: | pawcatina98@gmail.com | | Teléfono(s): | 3172388299 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | | | Cargo: | | Código-Grado: | | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | LADY JOHANA PEREZ PEÑA | | Perfil | LIDER DE PROCESO | No. CTO.: | 5868 | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | | Código-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 005217 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | |
| PERFIL: | NUTRICIONISTA | | | | |
| 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 | 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 VIGILANCIA SALUD PUBLICA SALUD PUBLICA | | SALUD PUBLICA | K32PI | | | | $ 3.656.424 | 87,09% |
| PIC ESPACIO EDUCATIVO SALUD PUBLICA | | SALUD PUBLICA | K39PI | | | | $ 542.181 | 12,91% |
| | | | | | | | | 0,00% |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 4.198.605 | CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CINCO 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 | $ 4.198.605 |
| | | | | | | 6 | | |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 7.284.108 | $ 7.284.108 | $ 4.198.605 | $ 3.085.503 |

## 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 |
|---|---|---|

| 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar investigación epidemiológica de campo (IEC) de eventos de interés en salud pública. | SE REALIZAN PROCESOS CON LA CALIDAD REQUERIDA, SE REALIZAN CARACTERIZACIONES SEGÚN META MENSUAL ASÍ: 32 RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO, 9 MENORES DE 5 AÑOS CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA, 7 MENORES DE 5 AÑOS CON EXCESO DE PESO, 8 GESTANTES CON BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL Y 6 GESTANTES CON EXCESO DE PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL | INFORME MENSUAL, CARPETA EN DRIVE CON ARCHIVOS DE SOPORTE DE CADA VISITA POR EVENTO Y LOCALIDAD, CARACTERIZACIONES ENTREGADAS EN FÍSICO SEMANALMENTE |
| 2 | Registrar la información de la intervención Epidemiológica de Campo (IEC) en el formulario y/o sistema establecido. | SE REALIZA CARACTERIZACIÓN A LA POBLACIÓN SEGÚN EVENTO NOTIFICADO, MEDIANTE VISITA DOMICILIARIA CONCERTADA PREVIAMENTE, SE DILIGENCIA FORMATO EN FÍSICO | ENTREGA DE FORMATOS DE CARACTERIZACIÓN EN FÍSICO |
| 3 | Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente). | SE REALIZA LA CANALIZACIÓN A RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD CON LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD REQUERIDA | ENVÍO DE FORMATO DE CANALIZACIONES AL CORREO RECEPCIONCANALIZACIONESSURIFD@GMAIL.COM O DILIGENCIAMIENTO DE GOOGLE FORMS DE ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE Y DILIGENCIAMIENTO DEL SHIVE DE CANALIZACIONES VSP |
| 4 | Validadar y ajusta las bases de Datos según requerimiento. | SE DESARROLLAN PROCESOS DE PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES ASIGNADAS SEGÚN REQUERIMIENTO EN CUMPLIMIENTO CON LOS LINEAMIENTOS VIGENTES | SE REALIZAN LISTADOS DE ASISTENCIA Y ACTAS DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD |
| 5 | Realizar recolección de la información en el instrumento para ficha de IEC con criterios de calidad e integralidad | SE CONCRETA LA VISITA SEGÚN OPORTUNIDAD DE LA MISMA, SE REALIZA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DILIGENCIANDO EL FORMATO CORRESPONDIENTE AL EVENTO | ENTREGA DE FORMATOS DE CARACTERIZACIÓN EN FÍSICO Y ENVÍO A ESPACIO VALIDADA SEGÚN INDICACIONES DE LINEAMIENTO VIGENTE |
| 6 | Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad. | SE ASISTE DE ACUERDO A CONVOCATORIA DE LÍDER O SUPERVISOR | SE REALIZAN LISTADOS DE ASISTENCIA Y ACTAS DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD |
| 7 | 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 PRESENTAN LOS DOCUMENTOS DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS DE CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LOS LINEAMIENTOS VIGENTES | SE ENTREGAN FICHAS DE CARACTERIZACIÓN FOLIADAS, ROTULADAS Y EN CARPETA |
| 8 | Asistir a las diferentes espacios Distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados en desarrollo de las Urgencias y Emergencias en salud pública y representar a la Secretaría Distrital de Salud y a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en los Puestos de Mando Unificado convocados por el Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático -SDGRCC (cuando se requiera. | SE ASISTE DE ACUERDO A CONVOCATORIA DE LÍDER O SUPERVISOR | SE REALIZAN LISTADOS DE ASISTENCIA Y ACTAS DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD |
| 9 | Programar, convocar, desarrollar, levantar las actas, informes y demás actividades que garanticen las sesiones del Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) | SE ASISTE DE ACUERDO A CONVOCATORIA DE LÍDER O SUPERVISOR | SE REALIZA LA DOCUMENTACIÓN Y RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA PERTINENTE |
| 10 | Las demás que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio. | SE ASISTE DE ACUERDO A CONVOCATORIA DE LÍDER O SUPERVISOR | SE REALIZA LA DOCUMENTACIÓN Y RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA PERTINENTE |
| 11 | Validadar y ajusta las bases de Datos según requerimiento. | SE REALIZA SEGÚN REQUERIMIENTO | SE REALIZA LA DOCUMENTACIÓN Y RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA PERTINENTE |
| 12 | Registrar llamadas, asesoría virtual o correos de seguimiento a la Gestión de las Estadísticas Vitales. | SE REALIZA SEGÚN REQUERIMIENTO | SE REALIZA LA DOCUMENTACIÓN Y RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA PERTINENTE |
| 13 | Realizar asistencia técnica y mantenimiento a Unidades Comunitarias | SE REALIZA SEGÚN REQUERIMIENTO | SE REALIZA LA DOCUMENTACIÓN Y RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA PERTINENTE |
| 14 | Participar en acciones de sensibilización, sensibilización y Capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de mortalidad. | SE REALIZA SEGÚN REQUERIMIENTO | SE REALIZA LA DOCUMENTACIÓN Y RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA PERTINENTE |
| 15 | Realización de las sesiones para el proyecto de familias protectoras de la salud en la promoción de la alimentación saludable | SE REALIZAN 13 SESIONES CON FAMILIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA MODALIDAD VIRTUAL | SE REALIZAN LISTADOS DE ASISTENCIA Y ACTAS DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 3.627.628 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | |
| 2021 | 4 | 2021 | 05 | 10 | 49972929 | | |

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 SMMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | NO | $ 1.451.051 | $ 232.200 | $ 232.200 |
| SALUD | | COMPENSAR EPS | | $ 181.400 | $ 181.400 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 35.300 | $ 35.400 |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | PORVENIR | | $ 448.900 | $ 449.000 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DE BOGOTÁ | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 161825468 |
|---|---|---|---|---|---|

PAULA CASALIÑA CASTRO MANRIQUE
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1 013 681 679
CC. NO. CONTRATISTA

LADY JOHANA PEREZ PEÑA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
LIDER DE PROCESO

Sandra Patricia Amado Reyes
Contratista
Referente Espacio Vivificativo
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

2021-02-11

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1013681679 | Paula Catalina Castro Manrique | | Calle 52 f sur #24c-41 int 20 apto 101 | 9078335 | paulacata98@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2021-04 | 2021-04 | I | 10/05/2021 | 49972929 | $449.000 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombiano | Sueldo | Estrategia | Extran. colombia | Extranjero | SUS | 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 | 1013681679 | CASTRO MANRIQUE PAULA CATALINA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 1,451,074 | 232,200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1,451,074 | 181,400 | 14-11 | 1,451,074 | 3 | 35,400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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 | 1013681679 | Paula Catalina Castro Manrique | Calle 52 f sur #24c-41 int 20 apto 101 | 9078335 | paulacata98@hotmail.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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-04 | 2021-04 | I | 10/05/2021 | 49972929 | $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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 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 | 800903790-5 | 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