ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ	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-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21		
Nombre del Contratista:	ANGIE LORENA SALGADO GRANADOS	Cédula:	1033736755		
Correo Electrónico:	angie.salgado@javeriana.edu.co	Teléfono(s):	3112595109		
Nombre del Supervisor - Planta:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ	Cargo:	COORDINADOR PSPIC	Codigo-Grado:	243-20
Nombre del Supervisor - Contratista:		Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:		Cargo:		Còdigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR	Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II	No. CTO:	4031

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004903	Año Contrato:	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	327
PERFIL:	ENFERMERA				
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						$ -	0,00%
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 ESPACIO VIVIENDA SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K27PI				$ 3.627.628	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3.627.628	TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS VEINTIOCHO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		4/06/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/08/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-09-01	2020-10-31	1	$ 7.140.298	1660	1	Enero	$ 3.570.149
2	2020-11-01	2020-11-30	2	$ 1.249.552	2165	2	Febrero	$ 3.570.149
			3	$ 2.320.597	2287	3	Marzo	$ 3.570.149
3	2020-12-01	2020-12-10	4	$ 1.190.050	2521	4	Abril	$ 3.627.628
4	2020-12-11	2021-01-31	5	$ 2.380.099	2618	5		
			6	$ 3.570.149	54	6	Junio	$ 3.213.134
5	2021-02-01	2021-02-28	7	$ 3.570.149	185	7	Julio	$ 3.570.149
6	2021-03-01	2021-03-31	8	$ 3.570.149	449	8	Agosto	$ 3.570.149
7	2021-04-01	2021-04-30	9	$ 3.627.628	775	9	Septiembre	$ 3.570.149
						10	Octubre	$ 3.570.149
						11	Noviembre	$ 3.570.149
						12	Diciembre	$ 3.570.149
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.353.432	$ 38.972.103	$ 38.972.103	$ -

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 PLANEACION, IMPLEMENTACION, MONITOREO Y EVALUACION CORRESPONDIENTES A LOS PROCESOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA Y CONFROMES A LAS CUALIDADES DE LOS LINEAMIENTOS DEFINIDOS DEFINIDOS PARA LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO CONTRACTUAL.	CARACTERIZACIÓN FAMILIAS SEGÚN BASE DE SEVERIDAD ACORDE AL DIRECCIONAMIENTO DE SDS CON EL FIN DE IMPACTAR EN SALUD PARA LA INTERVENCION TEMPRANA DE POBLACION EN RIESGO EN VIRTUD DE LA EMERGENCIA SANITARIA GENERADA POR LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19, PARTICIPIÓN EN REUNION MENSUAL DE ESPACIO VIVIENDA	FORMATO DE VIVIENDA SALUDABLE, DRIVE COHORTE AMBIENTE, MATRIZ DE REPORTE DE PRIORIZADOS, REPORTE DE EMERGENCIA COVID-19, MATRIZ 1186, CRONOGRAMA.
2	PRESENTAR INFORMES Y REPORTES EN LA PERIOCIDAD DEFINIDA CON CALIDAD, VERACIDAD Y CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A LA META ACORDADA, PRODUCTIVIDAD Y ACTIVIDADES EJECUTADAS.	CARACTERIZACION FAMILIAS SEGUN BASE DE SEVERIDAD, SEGUIMIENTOS TELEFONICOS Y CIERRES DE CARACTERIZACIONES REALIZADAS EN EL MES ANTERIOR	FORMATO DE VIVIENDA SALUDABLE, DRIVE COHORTE AMBIENTE, MATRIZ DE REPORTE DE PRIORIZADOS, REPORTE DE EMERGENCIA COVID-19, MATRIZ 1186, CRONOGRAMA.
3	Planear, verificar y presentar procesos de preauditorias y auditorias internas y externas según requerimiento cumpliendo con caracteristicas de calidad, oportunidad y veracidad	PARTICIPACION EN PRECRITICA Y PREADITORIA DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL PROCESO	ACTA DE PRECRITICA Y CERTIFICACION DE ACTIVIDADES

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

4	Garantizar la custodia y proteccion de los documentos fisicos y magneticos entregados para la ejecucion de sus actividades	CARACTERIZACION FAMILIAS SEGUN BASE DE SEVERIDAD, SEGUIMIENTOS TELEFONICOS Y CIERRES DE CARACTERIZACIONES REALIZADAS EN EL MES ANTERIOR	FORMATO DE VIVIENDA SALUDABLE, DRIVE COHORTE AMBIENTE, MATRIZ DE REPORTE DE PRIORIZADOS, REPORTE DE EMERGENCIA COVID-19, MATRIZ 1186, CRONOGRAMA.
5	Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad	CARACTERIZACION FAMILIAS SEGÚN CRITERIO GEOGRAFICO	DRIVE COHORTE AMBIENTE
6	Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.	NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	3	2021	04	15	20286480		$ 3.570.149

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE 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	$ 1.428.060	$ 228.500	$ 228.500
SALUD		FAMISANAR		$ 178.500	$ 178.600
ARL	3	SURA		$ 34.800	$ 34.800
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 441.800	$ 441.900

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	24054840953

ANGIE LORENA SALGADO GRANADOS
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.033.736.755
CC. NO. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
COORDINADOR PSPIC

CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ESPECIALIZADO II

2021-02-12

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 20286480
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2021-04-15

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	ANGIE LORENA SALGADO GRANADOS	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1033736755	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CARRERA 13 C 56 30 SUR	DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C	MUNICIPIO	BOGOTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7490	CORREO ELECTRÓNICO	ANGIE.SALGADO@JAVERIANA.EDU.CO	TELÉFONO	2795645
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2021	Mes: 03	Año: 2021	Mes: 03	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		20286480

TOTALES PARA EL PERÍODO 2021 - 03											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	$228.500	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$228.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
FAMISANAR	1	$178.600	$0	0	$0	0	$0	$178.600	0	$0	$0	$178.600	$0	0	$0	$0	$178.600	$0	$0	$178.600

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	1	$34.800	0	$0	$0	$34.800	0	$0	$34.800	0	$0	$0	$34.800

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	$0	0	$0	$0
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$178.600
PENSIONES	1	$228.500
RIESGOS PROFESIONALES	1	$34.800
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1033736755	59	No	No	No	11	1	Salario	SALGADO GRANADOS ANGIE LORENA	$1.428.060

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1033736755																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1033736755	PORVENIR	30	$1.428.060	0.1600000	$228.500	$0	$0	$228.500	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1033736755	FAMISANAR	30	$1.428.060	0.1250000	$178.600	$0	0	$0	0	$0	30	$1.428.060	900958564	0.0243600	$34.800

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1033736755	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$441.900

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
956643620

Destino de pago
ASOPAGOS

Motivo
Pago de seguridad Social Integrado

Fecha
14/04/2021

Número de aprobación
00643620

Dirección IP
186.84.90.44

Valor transacción
$ 441.900,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.10.11.7	CC	1033736755

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.