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-jun.-21	Hasta:	30-jun.-21			
Nombre del Contratista:	VERONICA LUZ REALES OROZCO		Cédula:	1042417189			
Correo Electrónico:	VERONICA_REALES30@HOTMAIL.ES		Teléfono(s):	3209535370			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	LUCY YAMILE VILLOTA VILLACORTE		Perfil	REFERENTE DE GESTION	No. CTO:	5288-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	5287-2021	Año Contrato	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	1076
PERFIL:	ENFERMERA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	E.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				$ 4.353.221	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 4.353.221	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTIUN 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	$ 1.451.074	1597	1	Enero	
						2	Febrero	
						3	Marzo	
						4	Abril	
						5	Mayo	$ 4.381.988
						6	Junio	$ 4.353.221
						7	Julio	
						8	Agosto	
						9	Septiembre	
						10	Octubre	
						11	Noviembre	
						12	Diciembre	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.284.135	$ 8.735.209	$ 8.735.209	$ -

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	Niños, Niñas trabajadores con intervenciones colectivas para promover la desvinculacion progresiva del trabajo infantil.	3 ASESORIA DE NIÑOS	FORMATOS
2	Adolescentes trabajadores con intervenciones colectivas para promover la desvinculación progresiva del trabajo infantil o promoción del trabajo protegido	6 asesorias de adolescentes	FORMATOS

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	Implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en UTIS	33 ASESORIA DE UTIS MEDIO	FORMATOS Y TAMIZAJES
4	Implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en UTIS de alto impacto.	15 ASESORIA DE UTIS ALTO	FORMATOS Y TAMIZAJES
5	Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la Subred Integrada de servicios de salud	Asistencia tecnica SDS	ACTA
6	Los productos entregados deben cumplir con atributos de calidad, oportunidad y veracidad	Elaboracion de informes	INFORME
7	Realizar la revision de los lineamientos tecnicos dados por la SDS y que son propios de su intervencion y realizar apropiacion de los mismos	Elaboracion de cronograma	CRONOGRAMA
8	Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental	Articulacion politica de salud y calidad de vida	ACTA
9	Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos	Formatos de calidad y cumplimiento de la meta	FORMATO
10	Apoyar la atención de las auditorias presentando la información y/o soportes que soliciten y correspondan al objeto del contrato.	Entregar oportunamente los formatos con calidad y veracidad	FORMATO
11			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 4.381.988
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	5	2021	06	17	1038440927		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO 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	$ 1.752.795	$ 280.400	$ 280.500
SALUD		CAJACOPI		$ 219.100	$ 219.100
ARL	3	SURA		$ 42.700	$ 42.700
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 542.200	$ 542.300

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	70846287904

Veronica Reales O.

VERONICA LUZ REALES OROZCO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.042.417.189
CC. NO. CONTRATISTA

LUCY YAMILE VILLOTA VILLACORTE
NOMBRE DEL SUPERVISOR
REFERENTE DE GESTION

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-06-17, 12:54:19 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1038440927

Periodo Cotización: mayo de 2021 **Periodo Servicio:** mayo de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8848123000

PAGADO 17/06/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VERONICA LUZ REALES OROZCO		
Documento	CC1042417189	**Dirección**	cra 35 # 26 58
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	504
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1042417189	VERONICA LUZ REALES OROZCO	57	00										X						0		30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.752.795	$ 280.500	(CCFC55) EPS-S CAJACOPI	$ 1.752.795	$ 219.100	2.436	$ 1.752.795	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300

III.TOTALES

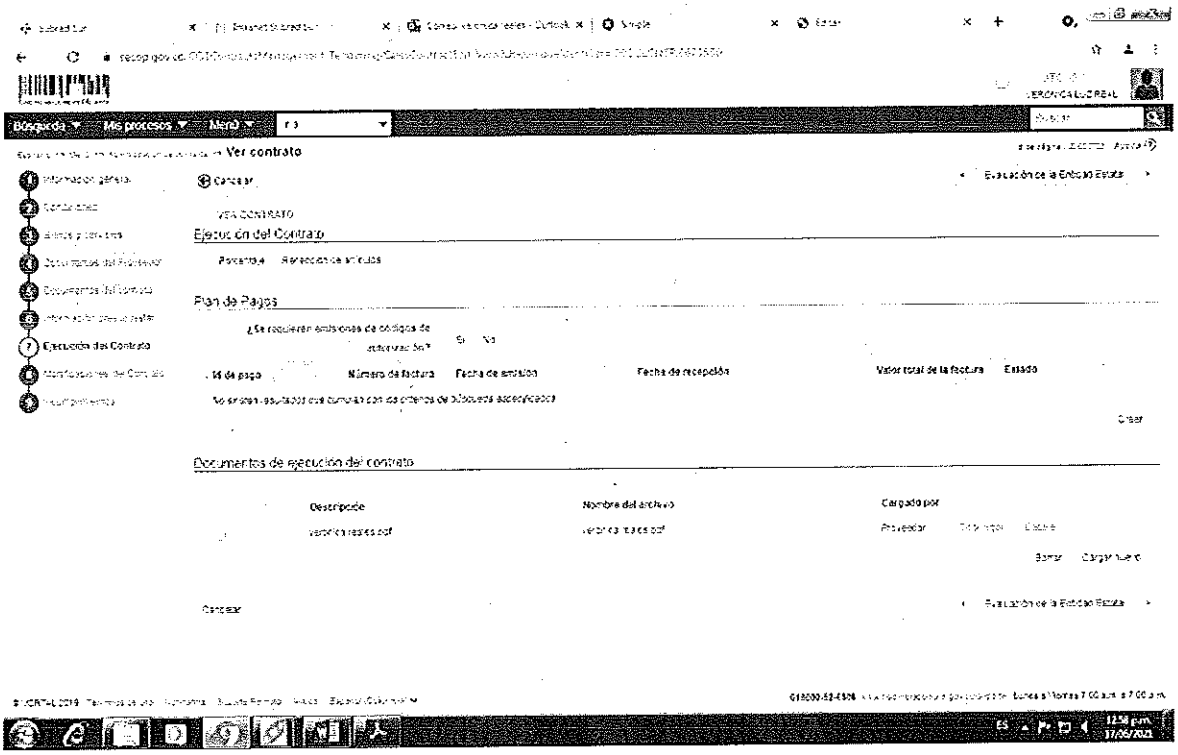
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.752.795	$ 1.752.795	$ 1.752.795	$ 0	$ 280.500	$ 219.100	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300	$ 0	$ 542.300

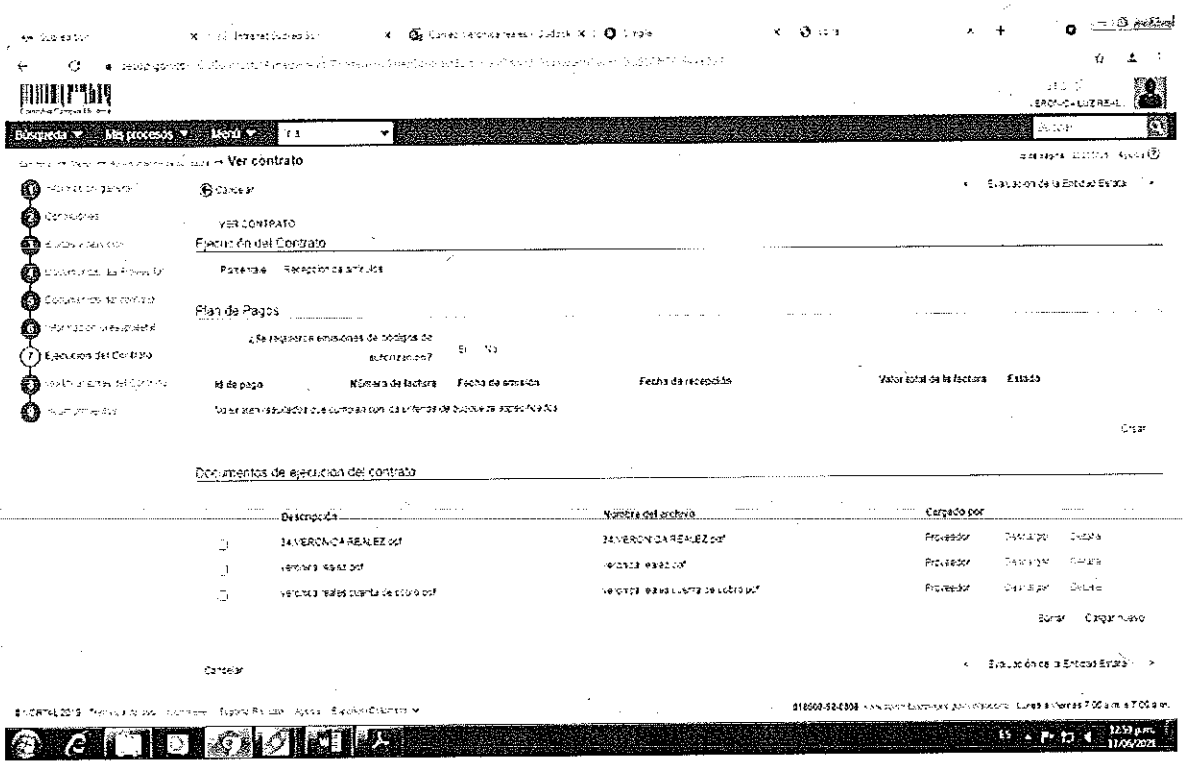
Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Secoop veronica reales





cajacopi es Posible

Solicitud de Afiliación Trabajador Independiente

O1.1 - 07 - 018		
Versión: 6	Fecha: 3 de Octubre de 2019	Aprobado por: Coordinadora de Afiliaciones

Datos del solicitante

*CAMPOS OBLIGATORIOS

*1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	*1ER NOMBRE	2DO NOMBRE
Reales	Orozco	Veronica	Luz

*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1042417189

*TIPO DE DOC. C.C. (X) T.I. ( ) C.E. ( ) PASAPORTE ( ) P.E.P. ( ) VISA ( ) CARNÉ DIPLOMÁTICO ( )

*FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	*FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
25	10	2004	Soledad Atlantico	30	03	1986

SEXO: M ( ) F (X)

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL (X) HOMOSEXUAL ( ) BISEXUAL ( )

ESTADO CIVIL: CASADO ( ) VIUDO ( ) UNIÓN LIBRE ( ) SEPARADO ( ) SOLTERO (X)

GRADO DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA ( ) SUPERIOR (X) SECUNDARIA ( ) NINGUNO ( ) TECNICO ( )

*PROFESIÓN: Enfermera

*VALOR INGRESO MENSUAL: 1451.073

*RAZÓN SOCIAL: independiente

*TEL	CEL	*CORREO ELECTRÓNICO
	3209535370	Veronica_reales30@hotmail.es.

*DIRECCIÓN COMPLETA	LOCAL No.	CENTRO COMERCIAL
TV 13F BIS A 45C 24		

APTO	EDIFICIO	*BARRIO	*MUNICIPIO	*CORREGIMIENTO
		Marco fidel Suarez	Bogota	

Datos del Cónyuge o Compañero (a)

*1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	*1ER NOMBRE	2DO NOMBRE

*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

*TIPO DE DOC. C.C. ( ) T.I. ( ) C.E. ( ) PASAPORTE ( ) P.E.P. ( ) VISA ( ) CARNÉ DIPLOMÁTICO ( )

*FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	*FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO

GRADO DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA ( ) SUPERIOR ( ) SECUNDARIA ( ) NINGUNO ( ) TECNICO ( )

SEXO: M ( ) F ( )

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ( ) HOMOSEXUAL ( ) BISEXUAL ( )

TRABAJA: SI ( ) NO ( )

*VALOR DE INGRESOS MENSUAL:

VALOR SALARIO:

*TEL	CEL	*CORREO ELECTRÓNICO

*DIRECCIÓN COMPLETA	LOCAL No.	CENTRO COMERCIAL

APTO	EDIFICIO	*BARRIO	*MUNICIPIO	*CORREGIMIENTO

Datos del Grupo Familiar

*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	*1er NOMBRE	2do NOMBRE	*1er APELLIDO	2do APELLIDO	*FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DÍA	*SEXO M	F	*PARENTESCO HIJO	PADRES	ABUELOS	HERMANO	CONYUGE
1033817987	Silvana	Katalina	Gonzalez	Reales	2017	07	19		X	X				

AVISO DE PRIVACIDAD.

La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR – CAJACOPI ATLANTICO, en adelante CAJACOPI, comunica a los afiliados personas naturales y empleadores afiliados que la información personal que se recolecta a través de estos formularios se hace con autorización de ellos en virtud de las normas que regulan el régimen del subsidio familiar vigente en Colombia. [illegible]

Declaración Jurada

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada así como los documentos adjuntos es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad del juramento con su suscripción. Autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones correspondientes.

Veronica Reales O

FIRMA DEL TRABAJADOR

NIT. O C.C. No. 1042417189.

Autorización para el uso de la información

En mi calidad de Pensionado, autorizo de manera expresa a la Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico para el uso y tratamiento de mis datos personales que reposan en las bases de datos de afiliados, en virtud de la función que le compete de administrar el Sistema de Subsidio Familiar, en los términos y para los fines establecidos en la norma legal vigente.

FIRMA DEL TRABAJADOR

NIT. O C.C. No.

VIGILADO SuperSubsidio

ISO 9001 Icontec SC 2694-1

Recepción del Documento

Espacio Reservado para Cajacopi

Fecha devolución Atención al Cliente	Fecha recibido por Afiliación
Día_____Mes_____Año_________	Día_____Mes_____Año_________

Usted podrá utilizar los servicios de Cajacopi a partir de la fecha de recibido este formulario suministrando el documento de identidad en los diferentes puntos de atención. El carnet de afiliado será entregado 45 días después de recibido el formulario.