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 | 63

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-oct.-21		Hasta:	31-oct.-21		
Nombre del Contratista:	LUZ BRIGITTE MARIN MANRIQUE			Cédula:	35421178		
Correo Electrónico:	luzbmarin@gmail.com			Teléfono(s):	3105610555		
Nombre del Supervisor - Planta:	OAYRA IANOVA CASTELLANOS LONDOÑO			Cargo:	JEFE OFICINA DE CALIDAD	Codigo-Grado:	CODIGO 006 GRADO 005
Nombre del Supervisor - Contratista:				Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:				Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	LUZ BRIGITTE MARIN MANRIQUE			Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:	3131-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	003131	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	153
PERFIL:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO I				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	OFICINA DE CALIDAD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	EL CARMEN				

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	Mostrar							
HONORARIOS	Ocultar							
		ADMINISTRATIVA	T10SA				$ 4.850.000	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
REMUNERACION	Mostrar							
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 4.850.000	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS						

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
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	Febrero	$ 4.850.000
						3	Marzo	$ 4.850.000
						4	Abril	$ 4.850.000
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 9.700.000	1045	5	Mayo	$ 4.850.000
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 4.850.000	1658	6	Junio	$ 4.850.000
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 9.700.000	2121	7	Julio	$ 4.850.000
4	2021-11-01	2021-11-30	4	$ 9.700.000	2757	8	Agosto	$ 4.850.000
						9	Septiembre	$ 4.850.000
						10	Octubre	$ 4.850.000
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.550.000	$ 48.500.000	$ 43.650.000	$ 4.850.000

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	Desarrollar actividades de Apoyo a la supervisión	Elaboracion requerimientos para el personal a contratar en la oficina y validacion de actividades acorde a las instrucciones de la jefe de oficima	Requerimientos y cuadros de personal
2	Gestionar y hacer seguimientos a las actividades asignadas por la jefe de la Oficina de Calidad.	SE realiza tareas en torno a la linea de acreditacion y gestion de informes acorde a las solicitudes allegadas por la jefe de oficina	presentaciones , informes , correos electronicos
3	Seguimiento a las oportunidades de mejora descritas en cada uno de los procesos	se realiza seguimiento al cierre de los planes de mejora retroalimentando a los procesos en cuanto sus resultados	Informes, aplicativo utilitario
4	Monitoreo las acciones a desarrollar por cada una de las áreas involucradas en los planes de mejoramiento en las áreas que lo requierean	se realizan actividades de capacitacion a los equipos de mejora en cuanto al manual de mejoramiento continuo y herramienta de analisis causal	actas reunion
5	efectuar el acompañamiento técnico para el desarrollo de los planes de mejoramiento en las áreas que lo requieran.	Realizar la validacion de la construccion de los planes de mejoramiento para las lineas asignadas a la oficina de calidad	Formato planes de mejora-actas
6	Participar de los comités institucionales y demás espacios según programación e indicaciones de la jefe de la oficina	Asistencia y participacion en comites según sean delegados por la Jefe de Oficina	actas reunion
7	Retroalimentacion a la Jefe de Oficina, brindando el asesoramiento técnico requerido para cada una de las situaciones evidenciadas	Apoyo a las actividades y seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas por la jefe de oficina	Actas informes -correos electronicos
8	Diligenciamiento de manera clara, oportuna a los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	Diligenciamiento matriz POA y matriz de riesgos	Poa y matriz de riesgos
9	.Formular y monitorear las acciones preventivas y correctivas y al plan de mejoramiento a que haya lugar.	Realizar los seguimiento e implementar las acciones a que haya lugar para la ejecucion de los planes de mejora de la oficina	aplicativo utilitario-formatos y correos electronicos
10	Mantener liderazgo en la mejora continua, la participación , la innovación y la investigación la comunicación para el cumplimiento de la misión y visión de la institución	Liderar el proceso de Referenciacion comparativa en la Subred	Informes y cronogramas del plan de trabajo
11	Elaborar y presentar oportunamente los informes de gestión o desarrollo de actividades especificas solicitadas por el supervisor, cuando sea requerido y según programación establecida	Realizar los informes solicitados a la oficina de Calidad y apoyar en las taress asignadas por la Jefe de Oficina	Informes-correos electronicos
12			
13			

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

14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 4.850.000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	9	2021	10	19	7814367292		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL 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	COLPENSIONES	$ 1.940.000	$ 310.400	$ 310.400
SALUD		SANITAS		$ 242.500	$ 242.500
ARL	3	SURA		$ 47.300	$ 47.300
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 600.200	$ 600.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOOMEVA	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	050200546931

LUZ BRIGITTE MARIN MANRIQUE
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
35.421.178
CC. Y/O CONTRATISTA

DAYRA IANOVA CASTELLANOS LONDOÑO
NOMBRE DEL SUPERVISOR
JEFE OFICINA DE CALIDAD

LUZ BRIGITTE MARIN MANRIQUE
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35421178
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ BRIGITTE MARIN MANRIQUE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 79 #10 D 59	TELÉFONO:	7048638
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades combinadas de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7814367292	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/10/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1170503182	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 310.400
SUBTOTAL:			1	**$ 310.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 242.500
SUBTOTAL:			1	**$ 242.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 47.300
SUBTOTAL:			1	**$ 47.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 600.200**