

		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-oct-21	Hasta:	31-oct-21			
Nombre del Contratista:	yerli estefanía gaitan deaza		Cédula:	1000694963			
Correo Electrónico:	estefaniagaitan123@gmail.com		Teléfono(s):	3144720916			
Nombre del Supervisor - Contratista:	KAREN LORENA VARGAS PIRAQUIVE		Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO: 6653-2021		
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:	maria del rosario marin avellaneda		Perfil:	tecnólogo en seguridad y salud	No. CTO: 6654-2021		
DATOS DEL CONTRATO							
NO CONTRATO:	007008	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	2396		
PERFIL:	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA						
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD						
UNIDAD DE SERVICIOS:	VISTA HERMOSA						
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	Quitar						
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 2612819-2021	VISTA HERMOSA	K2SP1819				\$ 2.232.442	100,00%
						\$ -	0,00%
						\$ -	0,00%
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar						
HONORARIOS	Mostrar						
REMUNERACION	Mostrar						
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2.232.442	DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS					
EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
FECHA INICIO CONTRATO		1/09/2021			FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		30/11/2021
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO	VALOR A PAGAR
						1	
						2	
						3	
						4	
						5	
						6	
						7	
						8	
						9	Septiembre \$ 2.232.442
						10	Octubre \$ 2.232.442
						11	
						12	
						13	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	
\$ 6.697.326		\$ 6.697.326		\$ 4.464.884		\$ 2.232.442	

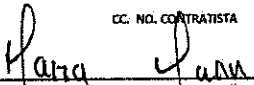
EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO						
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)			ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION			PRODUCTO O EVIDENCIA
1	APOYAR EN LA ADECUADA IMPLEMENTACION DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PARA EL MANEJO, LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DE LA PANDEMIA POR COVID-19.		CAPACITACIONES DE MANEJO DE PREVENCIÓN DE COVID 19			ACTAS MANUELAES
2	DIGILENCIAR EL INSTRUMENTO DE REGISTRO DE CONDICIONES AL INGRESO DE LOS ESTUDIANTES, DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS DE LA IED ASIGNADA, DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO DEL MEN, LA SED Y RESPECTIVO PROTOCOLO INSTITUCIONAL		REGISTRO DE INGRESO DE LOS ESTUDIANTES, DOCENTES, Y ADMINISTRATIVOS AL PLANTEL EDUCATIVO DEACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD			PLANILLAS DE ASISTENCIA DE LOS ESTUDIANTES, DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS PLANTELES EDUCATIVOS
3	EFECTUAR BAJO LA DIRECTRIZ DE LA IED ASIGNADA, EL REPORTE DE CASOS COVID19 EN LA IED, EN EL FORMULARIO ALOJADO EN LA PAGINA INSTITUCIONAL DE LA SED.		REPORTAR POSIBLES CONTAGIOS DE COVID 19 EN LA IED			REGISTRO DE SISTEMAS POR POSIBLE CONTAGIO DE COVID 19
4	APLICAR DE MANERA INMEDIATA EL PROTOCOLO DE LA IED MANEJO INICIAL A PRESUNTOS CASOS COVID-19 Y ACTIVAR RUTA DE ATENCION.		MANEJAR DIRECTRICES DE BIOSEGURIDAD POR CONTAGIO DE COVID 19			RUTAS DE ATENCION POR CONTAGIO DE COVID 19,
5	ADELANTAR ACCIONES PEDAGOGICAS CON LA COMUNIDAD EDUCATIVA (ESTUDIANTES, DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVA) PARA LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID 19 EN LA SEDES DE LA IED ASIGNADA, DURANTE LAS FECHAS Y HORAS ACORDADAS PREVIAMENTE CON EL (LA) RECTOR (A) DEL COLEGIO.		CAPACITACIONES DE MANEJO DE BIOSEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE CONTAGIO POR COVID 19			ACTAS DE ASISTENCIA POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES,DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO
6	ADELANTAR ACCIONES PEDAGOGICAS PARA LA PROMOCION EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA MITIGACION DE CONTAGIO POR COVID 19, EN LA SEDES DE LA IED ASIGNADA, DURANTE LAS FECHAS Y HORAS ACORDADAS PREVIAMENTE CON EL (LA) RECTOR (A) DEL COLEGIO.		ACTIVADES DE BUEN MANEJO DEVIDA SALUDABLE PARA LA MITIGACION DE CONTAGIOSD			REGISTRO DE ACTAS DE ASITENCIA A LAS DIFERENTES CAPACITACIONES
7	PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE CAPACITACION QUE EFECTUE LA SED Y LA SDS PARA FACILITAR EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES EN LA IED ASIGNADA Y SUS RESPECTIVAS SEDES.		ASISTIR A LAS CAPACITACIONES ASIGNADAS POR LA SED PARA FACILITAR EL BUEN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN SUS RESPECTIVAS SEDES.			LISTAS DE ASISTENCIA
8	ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTINGENCIA POR COVID 19 EN EL MARCO DE LA REAPERTURA GRADUAL, PROGRESIVA Y SEGURA (RGPS).		ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTINGENCIAS.			LISTAS DE ASISTENCIA
	APOYAR AL COMITÉ PARITARIO DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO - COPASST - Y ALA BRIGADA		DE ACUERDO A LAS DIRECTRICES EN SALUD, REALIZAR ACTUALIZACION DE LOS			

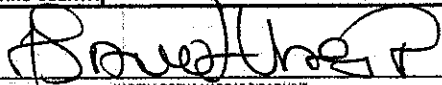
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V8
10	PRESENTAR INFORMES MENSUALES DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL OBJETIVO CONTRACTUAL.	PRESENTACION DE PLANES DE TRABAJO, ACTAS Y LISTAS DE ASISTENCIA.	INFORMES MENSUALES
11	SEGUIR LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL, ASÍ COMO DE LAS AUTORIDADES PO COVID-19, ASÍ COMO CONSULTAR Y PONER EN PRÁCTICA LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD EN LA PREVENCIÓN DEL COVID-19.	CUMPLIR Y PONER EN PRÁCTICA LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO AL MINISTERIO DE SALUD EN LA PREVENCIÓN DEL COVID-19.	LISTAS DE CHEQUEO.

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	DÍA	\$
2021	9	2021	10	12	2.232.442
				8353926963- 8353964158	
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS		DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS			

ITEM	ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO		\$ 145.400	\$ 145.400
SALUD	colpensiones		\$ 113.600	\$ 113.600
ARL	capital salud	\$ 908.526	\$ 22.100	\$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	suva		\$ 281.100	\$ 281.200
	XXXX			

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO				
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTÁ	TIPO CUENTA	ANORROS	NRO CUENTA
				437323090


 yerli estefanía gaitan deaza
 NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
 1.000.694.963
 CC. NO. CONTRATISTA

 maría del rosario marín avellaneda
 NOMBRE DEL APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN
 tecnólogo en seguridad y salud en el trabajo


 KAREN LORENA VARGAS PIRAQUIVE
 NOMBRE DEL SUPERVISOR
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO

2021-02-12

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1005694963	YERLI ESTEFANIA GAITAN DEAZA	CI1304SUR NO 14139
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
UNICA	J - Independiente		BOGOTÁ D.C.
		CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
			BOGOTÁ D.C.
		TELÉFONO	CORREO
		3108752206	estefaniegaitan123@gmail.com
		EXONERADO PAGO PENSIONALES Y SALUD	
		NO	

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIAÑO)
8353952893	11/10/2021		
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2021-08	2021-09	N	12/10/2021
			8353964158
			\$22.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				TOTALES PENSIONES			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor

TOTALES RIESGOS LABORALES				TOTALES CAJAS			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor	Valor Aporte	Valor Aporte
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor

TOTALES PENSIONES				TOTALES CAJAS			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor	Valor Aporte	Valor Aporte
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor

TOTALES PENSIONES				TOTALES CAJAS			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor	Valor Aporte	Valor Aporte
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor

TOTALES PENSIONES				TOTALES CAJAS			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor	Valor Aporte	Valor Aporte
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor

TOTALES PENSIONES				TOTALES CAJAS			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor	Valor Aporte	Valor Aporte
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YERLI ESTEFANIA GAITAN DEAZA
No. Identificación: CC1000694963
Dirección: CL138ASUR NO 14139
Telefono: 3108752206
Correo: estefaniagaitan123@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8353926963

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YERLI ESTEFANIA GAITAN DEAZA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1000694963	Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2021
Número de planilla	8353926963	Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2021
Fecha pago	2021-10-11	Número de Administradoras	2
Número de autorización pago	17847490	Total Pagado	259000
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	145400	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	113600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1000694963
APELLIDOS Y NOMBRES: YERLI ESTEFANIA GAITAN DEAZA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPSC34	25-14	908526	908526	0	0	113600	0	145400	0	0	0



VER CONTRATO

Ejecucion del Contrato

Porcentaje: Recibidos de anticipo

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?		SI	NO	Fecha de recepción		Valor total de la factura
Ingresos		Número de factura		Fecha de emisión		Estado
No		No		No		

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo		Compartir	
NOTIFICACION SUPLENTE 011-7001-2021.pdf		NOTIFICACION SUPLENTE 011-7001-2021.pdf		Compartir	
CERTIFICADO APL. CTO. 7002-2021.pdf		CERTIFICADO APL. CTO. 7002-2021.pdf		Compartir	
Cuenta de valores subscritivos 7002-2021.pdf		Cuenta de valores subscritivos 7002-2021.pdf		Compartir	

Cancelar