ALCALDIA 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:	19-oct.-21	Hasta:	31-oct.-21			
Nombre del Contratista:	ingrid dayana lopera angulo		Cédula:	1014219449			
Correo Electrónico:	macaortiz0212@gmail.com		Teléfono(s):	3118768223			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:			Codigo-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	ARGEMIRO RINCON ORTIZ		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		No. CTO:	7171
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:			Còdigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil			No. CTO:	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	7553-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	2986
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO				
UNIDAD DE SERVICIOS :	SANTA MARTA				

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	Ocultar							
#N/A		SANTA MARTA	K33PI016				$ 967.391	
								0,00%
								0,00%
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 967.391	NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		19/10/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/11/2021	
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		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10	OCTUBRE	$ 967.391
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.232.442	$ 2.232.442	$ 967.391	$ 1.265.051

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	Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal	capacitacion,induccion a equipos territoriales	Base de datos de caracterización familiar de las familias abordadas
2	Entregar el plan de Cuidado Familiar a las familias con prioridad alta y media dentro de los plazos establecidos	seguimiento familias asignadas de acuerdo a los territorios asignados	Base de datos de caracterización familiar de las familias abordadas
3	Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestion documental de la entidad	familias priorizadas desde la SDS en las UPZ asignadas en el territorio	Base de datos de caracterizacion familiar y acta de participacion en comité del ciudadano
4	Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guia operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demas lineamientos que expida esta o la Subred Sur .	Diligenciamiento y entrega con calidad de base de datos de caracterización familiar.	Base de datos, actas
5	Registrar oportunamente la informacion pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad	Comunicación interna en el equipo de salud territorial en relación a hallazgos o gestiónes requeridas de acuerdo a caracterización familiar	Acta de comité de cuidado con hallazgos y gestiones requeridas
6	Gestionar citas con familiar que requieran una segunda visita y prueba complementarias	Canalizaciones según necesidad	Formato de canalizaciones
7	Las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad	Canalización a las distintas RIAS según necesidad	Formato de canalizaciones

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

15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO ALQUE CORRESPONDE ELPAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR ENETRAS	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	proteccion	$ 908.526		
SALUD		salud total			
ARL	4	SURA			
CAJA DE COMPENSACION					

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO BBVA	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	974082737

Ingrid Lopera

ingrid dayana lopera angulo

NOMBRE COMPIETO CONTRATISTA

1.014.219.449

CC. NO. CONTRATISTA

ARGEMIRO RINCON ORTIZ

NOMBRE DELSUPERVISOR

PROFESIONALESPECIALIZADO AREA SALUD

0

NOMBRE DELAPOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

0

2021-02-12

SaludTotal

BOGOTA, Octubre 20 de 2021

Señora:
LOPERA ANGULO INGRID DAYANA
CC. 1014219449
CR 1 A 48 J 08 SUR - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 17 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
LOPERA ANGULO INGRID DAYANA	1014219449	C	Oct-17-2019	55	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ORTIZ CARVAJAL ROBERT STEVE	80121337	C	Oct-17-2019	53	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
ORTIZ LOPERA MARIA CAMILA	1014293648	R	Oct-17-2019	53	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CLINICA COLSANITAS SA	1014219449	Dependiente	CERRADO
INGRID DAYANA LOPERA ANGULO	1014219449	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
INGRID DAYANA LOPERA ANGULO	1014219449	Trabajador Independiente	CERRADO
INGRID DAYANA LOPERA ANGULO	1014219449	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007255494	2|0|1|0|2|0|2|1

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	59

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
LOPERA (Primer apellido)	ANGULO (Segundo apellido)	INGRID (Primer nombre)	DAYANA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1014219449	Femenino ☒ Masculino ☐	2|7|0|2|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M	Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1600000

18.Residencia

CR 1 A 48 J 08 SUR Dirección	Telefono fijo	3118768223 Telefono celular	MACAORTIZ0212@GMAIL.COM Correo electronico
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
INGRID DAYANA LOPERA ANGULO	CC	1014219449	01

39.Ubicación				
CR 1 A 48 J 08 SUR Dirección	3118768223 Teleéfono	MACAORTIZ0212@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPERA ANGULO INGRID DAYANA** identificado(a) con **CC** número **1.014.219.449** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de octubre de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

ARL | sura

Medellín, 19 de octubre de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que INGRID DAYANA LOPERA ANGULO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1014219449 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 20/10/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE
SUB RED SUR N900958564
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL **CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436% **CENTRO DE TRABAJO:** 0000000003 - TRANSPORTE-SIRC-RUTA **CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES **ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:** 4603201 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE COLECTIVO NO REGULAR DE PASAJEROS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 4603101 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVIDUAL DE PASAJEROS **CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4603101 **CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35%

Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4,35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10142194492129265890

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el. 19/10/2021 6:18 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7JqTQte9EK

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

INGRID DAYANA LOPERA ANGULO

1014219449

Desarrolló el curso de INDUCCION GENERAL, con una intensidad de 16 horas

Para constancia se firma

octubre 18, 2021

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ