ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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: 04-oct.-21		Hasta:	31-oct.-21	
Nombre del Contratista:	MARIAN ALEJANDRA YARPAZ CADAVID		Cédula:	1032427855	
Correo Electrónico:	maleja.yarpaz@hotmail.com		Teléfono(s):	3114823222	
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:
Nombre del Supervisor - Contratista:	ANGELICA DEL PILAR LOZANO GAITAN		Perfil	LIDER OPERATIVO	No. CTO: 6520-2021
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	007311	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	2195
PERFIL:	AUXILIAR DEENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				

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 VIGILANCIA SALUD PUBLICA SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K32PI				$ 1.116.221	100,00%
								0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES: $ 1.116.221 — UN MILLON CIENTO DIECISEIS MIL DOSCIENTOS VEINTIUN PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/10/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/10/2021	
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	$ 1.116.221
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.232.442	$ 2.232.442	$ 1.116.221	$ 1.116.221

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	1. Captar, identificar y recepionar la información generada en la operación de los subsistemas de Vigilancia en Salud publica (VSP).	Realizar 1080 seguimientos a la poblacion vacunada que de acuerdo a bases de datos no han completado su esquema (segunda dosis) de vacunacion covid 19	FORMULARIO DE FORTALECIMIENTO CANALIZACION SUBRED SUR
2	. Consignar la información detallada en la obligación anterior, en las herramientas informáticas dispuestas en cada subsistema, formatos, bases, aplicativos o demás que sea indicados.	Realizar el registro de la informacion de los seguimientos realizados en el formulario destinado para tal fin.	FORMULARIO DE FORTALECIMIENTO CANALIZACION SUBRED SUR
3	Georreferenciar los registros captados, identificados y recepcionados garantizando coherencia y concordancia entre las variables de ubicación y localización.	Realizar verificacion de datos en los diferentes aplicativos para obtener datos de contacto con aquellos casos con los que no se logra comunicación para realizar el seguimiento correspondiente del proceso de vacunacion .	Comprobador de derechos, PAI y Geocodificador de direcciones
4	Actualizar las bases de datos, formatos y demas instrumentos que correspondan.	Registro en el formulario de seguimiento vacuna covid de todos los casos asignados y en caso de ser fallido el seguimiento registrar la causa en observaciones	FORMULARIO DE FORTALECIMIENTO CANALIZACION SUBRED SUR

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

5	Hacer los ajustes correspondientes en los diferentes aplicativos, bases de datos, formatos de acuerdo a las indicaciones correspondientes y sugeridas por la Secretaria Distrital de Salud.	Realizar ajustes requeridos de la informacion registrada en los aplicativos con el fin de garantizar la calidad del dato	FORMULARIO DE FORTALECIMIENTO CANALIZACION SUBRED SUR
6	Depurar, consolidar, ajustar la información y la respectiva realimentación a la red de operadores de los hallazgos en calidad del dato.	NO APLICA	NO APLICA
7	Cruzar las bases de datos de acuerdo a las diferentes fuentes de información producida en cada subsistema.	NO APLICA	NO APLICA
8	Presentar reporte de la informacion para los procesos de análisis en articulación con los profesionales y/o profesional especializado a cargo de cada uno de los subsistemas.	NO APLICA	NO APLICA
9	Realizar intervencion epidemiologica de campo (IEC) con el proposito de diligenciar ficha de notificacion a los casos en los que se tome muestra en los diferentes eventos de Salud Publica, de acuerdo a los lineamientos de Secretaria Distrital de Salud o Instituto Nacional de Salud para la atencion de brotes.	NO APLICA	NO APLICA
10	Realizar IEC y registro de la información en el formulario establecido y/o sistema para COVID.	NO APLICA	NO APLICA
11	Desarrollar acciones de busqueda activa comunitaria, para identificar población que requiera vacunación, con sintomatologia relacionada con evento de salud publica.	Realizar verificacion de datos en los diferentes aplicativos o solicitar datos adicionales de aquellos casos con los que no se logra coontacto para realizar seguimiento.	mComprobador de derechos, PAI, sismuestras, PAI Web, dinamica.
12	Canalizar y activar las diferentes ruta integrales de atención en salud.	Fortalecer la canalizacion al servicio de vacunacion a traves de contacto telefonico con cada usuario y realizar la respectiva demanda inducida	N/A
13	Realizar seguimiento a contactos estrechos de casos probables y confirmados de COVID.	NO APLICA	NO APLICA
14	Las demas que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio.	Asistir a 2 reuniones convocadas por parte de la líder de transmisibles y la líder del equipo para dar linea técnica. Realizar solicitudes de toma de muestra según necesidades identificadas en las IEC. Tener disponibilidad para el desarrollo de las demás actividades asignadas según requerimiento y participación de 1 ULC mensual de VSP.	Listados de asistencia Formatos de solicitudes de tomas de muetra enviados al correo correspondiente
15	Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamiento establecidos por el proceso de gestion documental de la Subred (foliados, rotuladas, en carpeta y Formato Unico de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado.	Entrega de soportes solicitados por la subred debidamente diligenciados entregados en cd y carpeta en fisico, realizar actividaes requeridas en la plataforma secop inherentes a la ejecucion del contrato.	CD y Carpeta en fisico, plataforma Secop II

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: 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			
SALUD		COMPENSAR	$ 908.526		
ARL	3	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	NO				$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	AV VILLAS S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	675884865

MARIAN ALEJANDRA YARPAZ CADAVID
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.032.427.855
CC. NO. CONTRATISTA

ANGELICA DEL PILAR LOZANO GAITAN
NOMBRE DEL SUPERVISOR
LIDER OPERATIVO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARIAN ALEJANDRA YARPAZ CADAVID identificado(a) con cedula ciudadania 1.032.427.855, se encuentra Retirado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210222	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
NIKOLLE TATIANA GUIZA YARPAZ	HI	1032363415	TI	20210222	No Registrada	Mora en Aportes

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 7 días del mes de Septiembre de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
16749322

CER-AFI

www.compensar.com

ARL | sura

Medellín, 07 de septiembre de 2021

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

CERTIFICA:

Que MARIAN ALEJANDRA YARPAZ CADAVID identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032427855 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 23/02/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E N900971006

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: 0000000004 - OPS RIESGO 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), 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:
C10324278552125045812

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: 07/09/2021 12.43 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIAN ALEJANDRA YARPAZ CADAVID, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.427.855**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Septiembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Banco AV Villas
NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL "AV VILLAS"

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que MARIAN ALEJANDRA YARPAZ CADA identificado con el documento No. 1.032.427.855 posee en la oficina CTRO CCIAL ALTAVISTA (675) una cuenta de ahorros No. 675884865 desde el 30 de Enero de 2017

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio de 2020

Atentamente,

Gerente Oficina C.C Altavista

Esta certificación tiene un costo de $ 10.350,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1

F-06-428-1