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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-nov.-21	Hasta:	30-nov.-21		
Nombre del Contratista:	YENNY MARCELA RINCON DIAZ		Cédula:	1024469391		
Correo Electrónico:	yennysitarincond@gmail.com		Teléfono(s):	3105682745		
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	MARIA FERNANDA FANDIÑO RODRIGUEZ		Perfil	EPIDEMIOLOGO	No. CTO:	5955-2021
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	00672A	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	2194
PERFIL:	PSICOLOGIA				
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				$ 3.627.684	100,00%
								0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3.627.684	TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		2021-05-01				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	2021-06-30	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-11-01	2021-11-30	1	$ 3.627.684	3062	1		
						2		
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8	Agosto	$ 2.799.626
						9	Septiembre	$ 3.627.684
						10	Octubre	$ 3.627.684
						11	Noviembre	$ 3.627.684
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.762.129	$ 14.389.813	$ 13.682.678	$ 707.135

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	Realizar Investigion epidemiologica de campo (IEC) de eventos de interés en salud pública.	Se realiza proyeccion de gestion para la intensificacion de acciones de información,educacion y comunicación COVID en los diferentes entornos con el fin de sensibilizar a la poblacion de la Subred Sur a demanda de 22 a 46 o mas usuarios	Formatos diligenciados y enviados, drive actualizado diariamente.
2	Realizar Investigación socio epidemiologica de campo.	Apoyo a diferentes entornos, diligenciamiento de listado de asistencia por parte de la poblacion a quien se le brindo la informacion,realizacion de actas de alistamiento y ejecucion, ademas de registro fotografico a demanda. de 22 a 46 o mas usuarios	Diligenciamiento diario de las bases en Drive de las personas que fueron captadas
3	Registrar la información de la Intervención Epidemiológica de Campo (IEC) en el formulario y/ o sistema establecido.	Entrega de listado de asistencia, ejecucion de actas diarias de acuerdo a la actividad, entrega de la informacion solicitada de manera oportuna, actualizacion del cronograma diariamente.	Diligenciamiento por medio de drive soportes de las actividades realizadas.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	**CO-OPS-FT-11 V8**

4	Identificar problemáticas de riesgos colectivos que afecten la salud y calidad de vida de la comunidad, reportando a los Entes competentes	Oportunidad de actividades de caracterización (VSP) a la población Subred Sur a demanda. De 11 a 66 o más usuarios	Soportes de respuestas con Informe de las actividades realizadas
5	Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente)	Realización de la canalización pertinente al origen real de riesgos a demanda	Identificación y envío de los formatos establecidos
6	Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación	Revisión periódica de lineamientos, protocolos, guías, formatos, etc. Asistencia a las reuniones programadas a demanda	Según requerimiento
7	Validados y ajusta las bases de datos según requerimiento	Verificación y ajuste diario de la información, según las instrucciones a demanda. De 11 a 66 o más usuarios	Bases, matrices, datos actualizados
8	Realizar cruces de información con prestadores y aseguradores, como fuente de identificación de casos	Solicitar información de persona a las entidades pertinentes, según la necesidad	Solicitud de información a través de los medios establecidos
9	Realizar verificación de la información en el instrumento para visita de IEC con criterios de calidad e integralidad	Según requerimiento	Según requerimiento
10	Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo en brotes de eventos de interés en salud pública	Según requerimiento	Según requerimiento
11	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad	Revisión periódica de lineamientos, protocolos, guías, formatos, etc. Asistencia a reunion programada y asistencia a una UAI mensual de VSP ✓	Participación en 2 reuniones
12	Cumplir con la disponibilidad para la atención de urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique el lineamiento	Según requerimiento	Según requerimiento
13	Tomar muestras biológicas para los diferentes eventos de Salud Pública que establezcan de acuerdo a los lineamientos de Secretaría Distrital de Salud o Instituto Nacional de Salud	Según requerimiento	Según requerimiento
14	Las demás que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio	Según requerimiento	Según requerimiento
15	Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamiento establecidos por el proceso de gestión documental de la Subred (foliados, rotulados, en carpeta y Formato Único de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado	Documentos con calidad y en los tiempos pertinentes	Según requerimiento

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.627.684
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	54936088		
2021	10	2021	11	12			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

ITEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Debe ser el 40% de los ingresos mensuales) no deben ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COMPENSAR	$ 1.451.074	$ 232.200	$ 232.200
SALUD		COMPENSAR		$ 181.400	$ 181.400
ARL	3	SURA		$ 35.300	$ 35.400
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 448.900	$ 449.000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO SUDAMERIS	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	908200000790

Yenny Marcela Rincon Diaz

YENNY MARCELA RINCON DIAZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.032.469.391
CC. NO. CONTRATISTA

[illegible]
NOMBRE DEL SUPERVISOR
EPIDEMIOLOGO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024469391	YENNY MARCELA RINCON DIAZ		CRA 74 C BIS #63-42 SUR	3106682745	yennymarcelarincondiaz@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	12/11/2021	54336988	$449.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	181.400	0		0		0	0	0	0	181.400	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	232.200	0	0	0	0	0	0		232.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	35.400				35.400	0	0	35.400			354	35.400	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	181.400	181.400
Pensión	1	232.200	232.200
Riesgos Laborales	1	35.400	35.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	449.000	449.000

CC 1024469391
SAMUEL29

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024469391	YENNY MARCELA RINCON DIAZ		CRA 74 C BIS #63-42 SUR	3105682745	yennymarcelarincondiaz@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-10	2021-10	I	12/11/2021	54336988	TOTAL A PAGAR	
					$449.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Exonerado	IBC	INET	TDE	TAE	TDP	TAP	VTP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024469391	RINCON DIAZ YENNY MARCELA	59	0			N																	231001	1.451.050	232.200	0	0	0	0	EPS008	1.451.050	181.400	14-11	1.451.050	3	35.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje **Recepción de artículos**

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Crear

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CERTIFICADO ARL CTO-6724-2021.pdf	CERTIFICADO ARL CTO-6724-2021.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO No 6724-2021.pdf	CUENTA AGOSTO CTO No 6724-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO No 6724-2021.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO No 6724-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO No 6724-2021.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO No 6724-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >