ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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-nov.-21	Hasta:	30-nov.-21			
Nombre del Contratista:	MARIA CAMILA JARAMILLO		Cédula:	1014229387			
Correo Electrónico:	camilajaramillo227@gmail.com		Teléfono(s):	3125557425			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	JEIMY FUENTES RUEDA		Perfil	LIDER DE PROCESO	No. CTO:	5871-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004330	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	368
PERFIL:	PSICOLOGA				
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								
RURALIDAD	Mostrar						$ -	0,00%
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		20/03/2021				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	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 9.402.874	992	1		
2	2021-07-01	2021-07-15		$ -		2		
3	2021-07-16	2021-08-31	2	$ 3.627.684	1875	3	Marzo	$ 3.570.149
4	2021-09-01	2021-10-31	3	$10.883.052	2195	4	Abril	$ 3.627.684
5	2021-11-01	2021-11-30	4	$ 4.743.767	3062	5	Mayo	$ 3.627.662
						6	Junio	$ 3.627.684
						7	Julio	$ 3.627.684
						8	Agosto	$ 3.627.684
						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
$ 5.078.681	$ 33.736.058	$ 32.591.599	$ 1.144.459

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	Registrar la información de los soportes entregados por el equipo operativo en los diferentes aplicativos de la SDS	Diligenciamiento de formatos de canalizaciones a referente Distrital para verificación de activacion de las diferentes rutas para atención al usuario	Diligenciamiento de formatos de canalización de acuerdo a casos encontrados que requieran activación de ruta por aseguramiento, verificación de método de planificación y7o otro servicio

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

2	Realizar Investigación socio epidemiológica de campo	Realización de formatos de IEC - Entrevistas a gestantes adolescentes menores de 19 años oara idenificacio s bareras de acceso a métodos de planificación y prevención del embarazo subsiguente	Realización de 15 fornatois de IEC - Entrevistas agestantes adolescentes primigestantes menores de 19 años.
3	Realizar asistencia técnica y mantenimiento a Unidades comunitarias.	Realizar canalizaciones y entorno sde vida cotidiana I base de datos de nacidos vivos de adolescentes de 15 a 19 años co criterios de inclusión	Bases dedatos Nacidos Vivos de adolescens de 15 a 19 años con criterios d einclusión
4	Registrar la información de la Intervención Epidemiológica de Campo (IEC) en el formulario y/ o sistema establecido.	Digitalización de formatos de IEC - Entrevistas gestantes adolescentes	Digitalización de 10 formatos de IEC - Entrevistas gestantes adolescentes menores de 19 años
5	. Identificar problemáticas de riesgos colectivos que afecten la salud y calidad de vida de la comunidad, reportando a los Entes competentes.	Realización de informe de seguimntos y entvistas a gestantes de adolescens de 10 a 19 años	Realizar un informe que de cuenta del analisis de las entrvistas y seguimientos realizados
6	Programar, convocar, desarrollar, levantar las actas, informes y demás actividades que garanticen las sesiones del Comité de Vigilancia *Epidemiológica Comunitaria (COVECOM)*	Realizar acta de articulación con referentes distritales para ruta materno perinatal	Realización de un acta donde se establezca la articulación con interdependiencias SDS
7	Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente).	Toda la documentación y archivos electronicos de soporte estan debidamente soportados y resguardados en carpetas ubicadas en plataforma Drive de Google.	Archivos electronicos guardados en Drive de la cuenta de Angeles Guardianes y en cuenta de Contingencia MM
8	Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	Realizar articulación con referentes distritales de manera intersectorial en beneficio del embarazo adolescente	Se realiza articulación con diferentes actores intersectoriales para el beneicio del embarazo adolescente y determinar estrategias que ayuden a la disminución del mismo
9	Realizar asesoria y asistencia técnica a las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que generan hechos vitales.	Realizar seguiminto a menores de 19 años verificando probelmas de acceso a métodos de planificación	Se realiza seguimiento a menores de 19 años primigestantes y subsiguientes para verificacion de probelmas de acceso a métodos de planificación
10	Registrar llamadas, asesoría virtual o correos de seguimiento a la Gestión de las Estadisticas Vitales	Realizar seguimientos a menores de 14 años para activacuón de RUTA por presunción de abuso sexual	Realización de seguimento a menores de 15 años por presunción de abuso sexual en conjunto con referente distrital de SIVIM
11	Otras Actividades	Participacion ULC mes de noviembre	Acta con listado de asistencia que reposa en VSP
12			
13			
14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.627.684
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	10	2021	11	11	54658811		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO 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	$ 1.451.074	$ 232.200	$ 464.400
SALUD		COMPENSAR		$ 181.400	$ 362.800
ARL	3	SURA		$ 35.300	$ 70.700
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 448.900	$ 897.900

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	20362213224

M Camila Jaramillo

MARIA CAMILA JARAMILLO

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

1.014.229.387

CC. NO. CONTRATISTA

Jeimy Fuentes Rueda

JEIMY FUENTES RUEDA

NOMBRE DEL SUPERVISOR

LIDER DE PROCESO

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	1014229387	MARIA CAMILA JARAMILLO SOTELO	CALLE 81 102 79 APTO 311 BLQ 7	4400351	camilajaramillo227@gmail.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
					TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	11/11/2021	54658811	$915.400	

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	362.800	0		0		0	0	0	0	362.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	464.400	0	0	0	0	0	0		464.400	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	830903790-5	70.700				70.700	0	0	70.700			707	70.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.500	0	0	17.500	1

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	362.800	362.800
Pensión	1	464.400	464.400
Riesgos Laborales	1	70.700	70.700
CCF	1	17.500	17.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	915.400	915.400

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	1014229387	MARIA CAMILA JARAMILLO SOTELO	CALLE 81 102 79 APTO 311 BLQ 7	4400351	camilajaramillo227@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	11/11/2021	54658811	$915.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	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	1014229387	JARAMILLO SOTELO MARIA CAMILA	59	0			N							X										25-14	2.902.125	484.400	0	0	0	0	EPS008	2.902.125	362.800	14-11	2.902.125	3	70.700	CCF24	2.902.125	17.500	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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CERTIFICADO ARL CTO-4330-2021.pdf	CERTIFICADO ARL CTO-4330-2021.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	MARZO 4330-2021.pdf	MARZO 4330-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 2021.pdf	MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 4330-2021.pdf	ABRIL 4330-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 2021.pdf	JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO No 4330-2021.pdf	CUENTA JULIO CTO No 4330-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO No 4330-2021.pdf	CUENTA AGOSTO CTO No 4330-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO No 4330-2021.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO No 4330-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO No 4330-2021.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO No 4330-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >