ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| 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: | ANA BIBIANA CHAVES TORRES | Cédula: | 52.742.148 | | |
| Correo Electrónico: | chavesbibi21@gmail.com | Teléfono(s): | 3186118570 | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | Cargo: | DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS | Codigo-Grado: | 009-05 |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | | Perfil | | No. CTO: | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | Cargo: | | Código-Grado: | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | JEISSON CASTRO ESPAÑA | Perfil | PROFESIONAL DE ENLACE RURALIDAD | No. CTO: | 5294/2021 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 001621 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 72 |
| PERFIL: | TECNICO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | MOCHUELO - PASQUILLA | | | | |

## 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 | Ocultar | | | | | | | |
| OTROS ENFERMERIA - USS MOCHUELO | | MOCHUELO | N04VM | 186 | | $ 8.150 | $ 1.515.900 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| GESTION DEL RIESGO | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 1.515.900 | UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS |
|---|---|---|

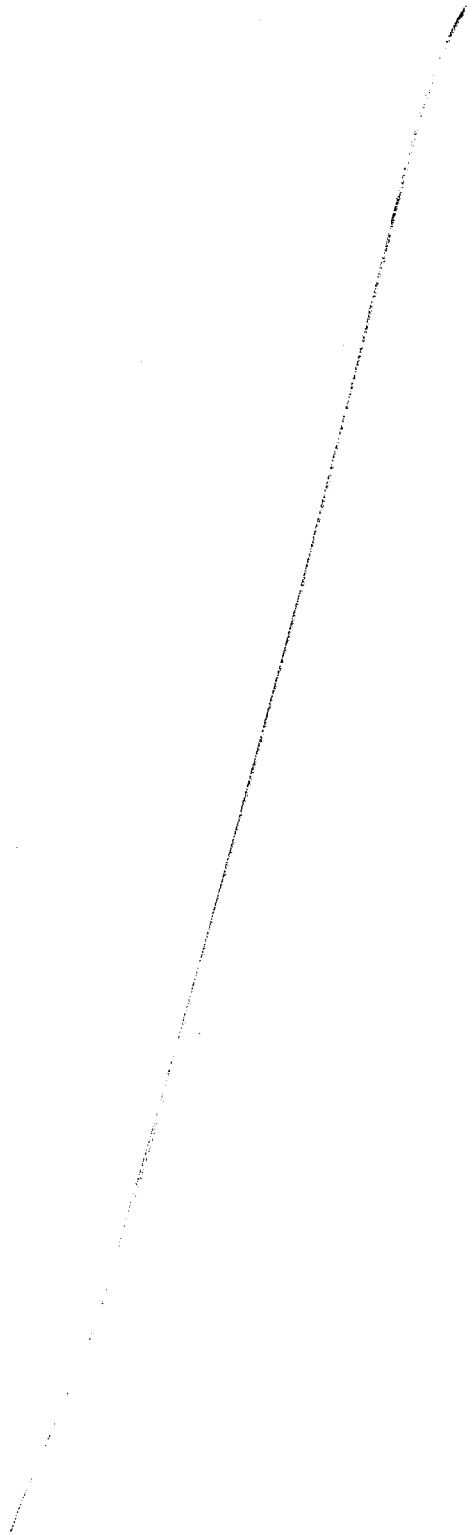
### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 01/02/2021 | | | | 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 | $ 3.031.800 | 9060 | 1 | | |
| 2 | 2021-07-01 | 2021-08-31 | 2 | $ 1.515.900 | 1578 | 2 | Febrero | $ 1.515.900 |
| 3 | 2021-09-01 | 2021-10-31 | 3 | $ 3.031.800 | 2032 | 3 | Marzo | $ 1.515.900 |
| 4 | 2021-11-01 | 2021-12-31 | 4 | $ 3.031.800 | 2708 | 4 | Abril | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 9 | Septiembre | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 10 | Octubre | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 11 | Noviembre | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4.547.700 | $ 15.159.000 | $ 15.159.000 | $ - |

## 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 | PRESTAR SERVICIOS DE PERFIL ( HIGENISTA ORAL) ACORDE CON LA LEX ARTIS, SEGÚN NECESIDAD DE LA SUBREDSUR E.S.E, DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES. | TIEMPO COMPLETO POR PRESTACION DE SERVICIOS . | AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL |
| 2 | REALIZAR ACTIVIDADES DE INFORMACION, EDUCACION COMUNICACIÓN ENCAMINADAS A PROMOVER Y PREVENIR LA ENFERMEDAD Y EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIA Y COMUNIDAD. | ASISTIR AL PROFESIONAL DE MEDICINA, BAJO LOS ESTANDARES DE CALIDAD Y NORMAS TECNICO CIENTIFICAS UNIVERSALMENTE ACEPTADAS | AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL |
| 3 | REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LA INFORMACION DE LA INTERVENCION AL PACIENTE, PLAN DE CUIDADOS DE SALUD ORAL, SIMULTANEA O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZCION, CON INTEGRIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTIFICA (LOGICA, CLARA, COMPLETA) Y DEMAS CRITERIOS QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O ENTES COMPONENTES QUE REGULAN LA MATERIA ( RESOLUCION 1995 /1999, 839/2017, NORMA QUE LA MODIFIQUE SUSTITUYA) | CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E | PROGRAMACION POR PARTE DEL LIDER |
| 4 | APOYAR LA ELABORACION, ACTUALIZACION DE FORMATOS, PROTOCOLOS, GUIAS, PROCEDIMIENTOS DE SALUD ORAL Y ADHERIRSE A LOS MISMOS, INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO LOS CASOS PERTINENTES GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD | CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E | PROGRAMACION POR PARTE DEL LIDER |



| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V6 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | APOYAR EN LA IDNTIFICACION, CARACTERIZACION, INSCRIPCION, MANEJO, SEGUIMIENTO Y CANALIZACION A USUARIOS A LAS DIFERNTES RUTAS DE ATENCION EN SALUD, ASI COMO LA CONSOLIDACION DE INFORMACION PARA LA TRAZABILIDAD DE INDICADORES DE LA SALUD. | CUIDAR Y SOLICITAR OPORTUNAMENTE LOS INSUMOS PARA NO AFECTAR EL SERVICIO | REPORTAR DAÑOS REALIZADOS Y SOLICITUD DE PEDIDO MENSUAL |
| 6 | OTRAS ACRIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES. | ASISTIR AL MEDICO GENERALY / O ESPECIALISTA, PREPARANDO AL PACIENTE Y ASISTIENDOLO EN CADA PROCEDIMIENTO | PROGRAMACION POR PARTE DEL LIDER |

## 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 | DIA | | | |
| 2021 | 10 | 2021 | 11 | 10 | 54282247 | | $ 1.515.900 |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS 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 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| SALUD | | COMPENSAR | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 22.100 | $ 22.200 |
| CAJA DE COMPENSACION | SI | COMPENSAR | | $ 281.100 | $ 281.200 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 4870396530 |
|---|---|---|---|---|---|

Bibiana Chaves

ANA BIBIANA CHAVES TORRES
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.742.148
CC. NO. CONTRATISTA

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS

P.A.T

JOSEPH CASTRO ESPAÑA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL DE ENLACE RURALIDAD

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 | 52742148 | ANA BIBIANA CHAVEZ TORRES | TRASVERSAL 16 F BIS B 49 A 33 SUR | 7140837 | BIBI.3010@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-10 | 2021-10 | I | 10/11/2021 | 54282247 | $299.400 | |

## 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 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 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 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 145.400 | 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 | 890903790-5 | 22.200 | | | | 22.200 | 0 | 0 | 22.200 | | | 222 | 22.200 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 18.200 | 0 | 0 | 18.200 | 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 | 113.600 | 113.600 |
| Pensión | 1 | 145.400 | 145.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 22.200 | 22.200 |
| CCF | 1 | 18.200 | 18.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 299.400 | 299.400 |

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 | 52742148 | ANA BIBIANA CHAVEZ TORRES | TRASVERSAL 16 F BIS B 49 A 33 SUR | 7140837 | BIBI.3010@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2021-10 | 2021-10 | I | 10/11/2021 | 54282247 | $299.400 |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | IRL | 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 |
| CC | 52742148 | CHAVES TORRES ANA BIBIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 908.526 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 908.526 | 113.600 | 14-11 | 908.526 | 3 | 22.200 | CCF24 | 908.526 | 18.200 | 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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Febrero 1621-2021.pdf | Febrero 1621-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | BIBIANA CHAVES.pdf (Archivado) | BIBIANA CHAVES.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1621-2021 (1).pdf | 1621-2021 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Abril 1621-2021.pdf | Abril 1621-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Mayo 1621-2021.pdf | Mayo 1621-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Junio 1621-2021.pdf | Junio 1621-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Julio 1621-2021.pdf | Julio 1621-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Agosto 1621-2021.pdf | Agosto 1621-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 1621-2021.pdf | SEPTIEMBRE 1621-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Octubre 1621-2021.pdf | Octubre 1621-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >