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:	ANGIE LORENA BERRIO SAAVEDRA		Cédula:	1033738440			
Correo Electrónico:	LORENITHA_SAAVEDRA@HOTMAIL.COM		Teléfono(s):	3227421320			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	ARGEMIRO RINCON ORTIZ		Perfil		No. CTO:	7898	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	7559-2021	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/D		SANTA MARTA	K33PI016				$ 2.232.442	
								0,00%
								0,00%
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2.232.442	DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS 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	2021-12-01	2022-01-31	0016-2021	$ 3.199.833	3396	1		
						2		
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10	OCTUBRE	$ 967.391
						11	NOVIEMBRE	$ 2.232.442
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.232.442	$ 5.432.275	$ 3.211.623	$ 2.232.442

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	Constatar la afiliación de los integrantes de la familia al Sistema General de Salud y Seguridad Social y registrar los resultados en el formulario de captura.	"Caracterización familiar priorizadas desde la SDS en las UPZ asignadas en el territorio"	Base de datos de caracterización familiar de las familias abordadas
2	Apoyar al médico en las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud, que se encuentran contenidos en el formulario de recolección de información.	Caracterización familiar a asignadas de acuerdo a los territorios asignados	Base de datos de caracterización familiar de las familias abordadas
3	Realizar y registrar la caracterización ambiental del hogar con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y su propia observación de los aspectos más relevantes en esta materia.	Acciones de información y educación a las familias caracterizadas	Base de datos de caracterizacion familiar y acta de participaion en comité del cuidado
4	Ingresar junto con el médico al formulario de recolección de información, un resumen de las atenciones básicas realizadas en la visita, así como información general sobre la interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, los medicamentos ordenados para dispensación, las solicitudes a otras entidades del distrito-SIRC y las alertas en salud pública, para su	Diligenciar oportunamente y formatos e instrumentos requeridos en el convenio.	Base de datos, actas
5	Llevar cuenta del estado y del inventario del kit diagnóstico, con el fin de solicitar reposición de insumos y/o mantenimiento o calibración de los equipos.	Informar oportunamente al equipo de salud los hallazgos o gestiones requeridas para dar apoyar la gestión de los equipos territoriales	Acta de comité de cuidado con hallazgos y gestiones requeridas
6	Reportar diariamente al Gestor Local las visitas realizadas.	Realizar canalización los pacientes y familias atendidas de acuerdo a directrices y protocolos institucionales.	Base de datos, actas e instrumento de recolección de información "plan de salud de intervenciones colectivas"
7	Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	Integrar las acciones necesarias con las rutas integrales de atención en salud en procura de mejorar la atención integral en salud desde su competencia.	Acta de comité de cuidado con hallazgos y gestiones requeridas
8	Orientar e informar a las familias sobre oportunidades y ofertas disponibles de acuerdo con las necesidades sociales y de salud identificadas.	Participar en los proceso de inducción y capacitación a los qua haya lugar, procurando mantenerse permanente actualizado en las actividades de competencia.	Actas y listados de asistencia
9	Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	construir y entregar los informes requeridos	actas, asistencia
10	Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	Informar oportunamente al equipo de salud los hallazgos o gestiones requeridas para dar apoyar la gestión de los equipos territoriales	Acta de comité de cuidado con hallazgos y gestiones requeridas

11	Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	Realizar canalización los pacientes y familias atendidas de acuerdo a directrices y protocolos institucionales.	Base de datos, actas e instrumento de recoleccion de informacion "plan de salud de intervenciones colectivas"
12	Las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad.	Desarrollar las demas acciones que se requieran en el marco del cumplimiento del contrato	entrga de informes, de visitas domiciliarias base datos, rutas y
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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	10	2021	11	16	9427057577		$ 967.391

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN 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	$ 908.526	$	58.200
SALUD		COMPENSAR		$	45.500
ARL	4	SURA			
CAJA DE COMPENSACION				$	103.700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	AV VILLAS S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	6825686

ANGIE LORENA BERRIO SAAVEDRA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.033.738.440
CC. NO. CONTRATISTA

ARGEMIRO RINCON ORTIZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033738440		BERRIO SAAVEDRA ANGIE LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG. 75A SUR # 17M - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3736306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	31043698	9427057577	I	2021/11/10	2021/11/17	BANCO DE OCCIDENTE	6	$103,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$363,411	$58,200			$363,411	$45,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$363,411	$58,200			$363,411	$45,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$363,411	$58,200			$363,411	$45,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1033738440 BERRIO ANGIE	230301	12	$363,411	$58,200	EPS008	12	$363,411	$45,500		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$363,411	$58,200			$363,411	$45,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033738440		BERRIO SAAVEDRA ANGIE LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG. 75A SUR # 17M - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3736306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	31043698	9427057577	I	2021/11/10	2021/11/17	BANCO DE OCCIDENTE	6	$103,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,200	$0	$0	$58,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$58,200	$0	$0	$58,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,500	$0	$0	$45,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$45,500	$0	$0	$45,500
TOTAL				1	$103,700	$0	$0	$103,700

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	9427057577
NUMERO DE APROBACION	43698
Fecha:	16/11/2021 17:18:17
DV:	892162
NUM. TRANSACCION	1048465680
Valor	$103.700,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 908973 CIUDAD BOLIVAR
CRA 19 D SUR

Cajero: SAPAQUOR

Recibi Conforme:_____

C.C._____



ANGIE LORENA BERR

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar

Escritorio > Menú > Administración de contratos > Ver contrato

Página [illegible]

1. Información general
2. Condiciones
3. Bienes y servicios
4. Documentos del Proveedor
5. Documentos del contrato
6. Información presupuesto
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 codigos de autorización? S 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
NOTIFICACION SUPERVISOR CTO-7559-2021.pdf	NOTIFICACION SUPERVISOR CTO-7559-2021.pdf	Comprador
CERTIFICADO ARL CTO-7559-2021.pdf	CERTIFICADO ARL CTO-7559-2021.pdf	Comprador
NEC-CORREGIDA-7559-2021.pdf	NEC-CORREGIDA-7559-2021.pdf	Comprador
Cuenta Octubre - Contrato N°7559-2021.pdf	Cuenta Octubre - Contrato N°7559-2021.pdf	Proveedor

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | Evaluación de la Entidad Estatal