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:	JENNIFER ANGELICA BARRERA RIOS			Cédula:	1033786399		
Correo Electrónico:	jenifer--2@hotmail.com			Teléfono(s):	3142089724		
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:		Còdigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:				Perfil		No. CTO:	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	7556-2021	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	1	$ 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	$ 3.199.833	$ 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	Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	Entrega de 31 planes priorizados por el equipo complementario.	Entrega de los 31 planes caracterizados por el equipo complementario y entrega a las familias en las fechas estipuladas
2	Entregar el Plan de Cuidado Familiar a las familias con prioridad alta y media dentro de los plazos establecidos.	Reporte a diario en las bases establecidas por la entidad, con la respectiva informacion de la facturación por cada integrante de la familia	Facturación de 87 familias caracterizadas.
3	Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	Caracterizaciòn a las familias priorizadas desde la SDC en las UPZ asignadas en el territorio	Base de datos de caracterizacion familiar y acta de participación en el comité de cuidado
4	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.	Diligenciamiento y entrega con calidad de base de datos de caracterizacion y facturación familiar	Acta de comité de cuidado con hallazgos y gestiones requeridas
5	Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	Comunicación interna en el equipo de salud territorial en relacion a hallazgos o gestiones requeridas de acuerdo a caracterizacion familiar	Actualización de las bases a diario de la gestión realizada
6	Gestionar citas con familias que requieran una segunda visita y pruebas complementarias.	Canalizaciones según necesidad	Actas y listados de asistencia

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 967.391
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	10	2021	11	11	1041661423		

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		$ 58.200	$ 58.200
SALUD		CAPITAL SALUD	$ 908.526	$ 45.500	$ 45.500
ARL	4	SURA			
CAJA DE COMPENSACION				$ 103.700	$ 103.700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	DAVIVIENDA	TIPO CUENTA	AHORRO	NRO CUENTA	550488420572783

Jennifer Barrera

JENNIFER ANGELICA BARRERA RIOS
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.033.786.399
CC. NO. CONTRATISTA

ARGEMIRO [illegible] ORTIZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-11-11, 09:38:14 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1041661423

Periodo Cotización: octubre de 2021 **Periodo Servicio:** octubre de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8868209430

PAGADO 11/11/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNIFER ANGELICA BARRERA RIOS		
Documento	CC1033786399	**Dirección**	CR 17G #74 - 17 SUR TEQUENDAMA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7649795
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	INS	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1033786399	JENNIFER ANGELICA BARRERA RIOS	03	00	X																0	12	12	0	0	(230301) PORVENIR	$ 363,411	$ 58,200	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 363,411	$ 45,500	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103,700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 363,411	$ 363,411	$ 0	$ 0	$ 58,200	$ 45,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103,700	$ 0	$ 103,700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EMPRESA: EFECTIVO LTDA
NIT 830.131.909 1
Calle 96 No. 12 55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1136 PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 0000220940

NUMERO DE APROBACION C1121

Fecha: 10/11/2021 16:20:52
DU: 367838
NUM. TRANSACCION 10460761A6
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: 018000512025. 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, INFORME 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: 905462 LAS QUINTAS II

Cajero: DIPAGICO

Recibi Conforme:

C.C.

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? Si 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-7556-2021.pdf	NOTIFICACION SUPERVISOR CTO-7556-2021.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
CERTIFICADO ARL CTO-7556-2021.pdf	CERTIFICADO ARL CTO-7556-2021.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
NEC-CORREGIDA-7556-2021.pdf	NEC-CORREGIDA-7556-2021.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
Cuenta Octubre - Contrato N°7556-2021 18-11.pdf	Cuenta Octubre - Contrato N°7556-2021 18-11.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >