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-feb.-21	Hasta:	28-feb.-21			
Nombre del Contratista:	LINA ALEJANDRA BARRERA BARBOSA		Cédula:	52957877			
Correo Electrónico:	labarrerab@gmail.com		Teléfono(s):	3118783234			
Nombre del Supervisor - Planta:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ		Cargo:	COORDINADOR PSPIC	Codigo-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO		Cargo:	ENFERMERA	Còdigo-Grado:	243-20	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	5230-2020	Año Contrato:	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	965
PERFIL:	LIDER DE PROCESO				
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				$ 5.217.910	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 5.217.910	CINCO MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		04/06/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/08/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-09-01	2020-10-31	1	$10.435.820	1660	1		
	2020-11-12		2	$ 507.463	1798	2	Febrero	$ 5.217.910
2	2020-11-01	2020-11-30	3	$ 1.826.269	2165	3		
	2020-11-12		4	$ 3.391.641	2287	4		
3	2020-12-01	2020-12-10	5	$ 1.739.303	2521	5		
4	2020-12-11	2021-01-31	6	$ 3.478.607	2618	6	Junio	$ 4.696.119
5	2021-02-01	2021-02-28	7	$ 5.217.910	185	7	Julio	$ 5.217.910
						8	Agosto	$ 5.217.910
						9	Septiembre	$ 5.217.910
						10	Octubre	$ 5.725.373
						11	Noviembre	$ 5.217.910
						12	Diciembre	$ 5.217.910
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 15.131.939	$ 41.728.952	$ 41.728.952	$ -

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	a) Orientar e implementar la(s) intervención(es) asignada(s) como Profesional ESPACIALIZADO 3 con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas, el plan de salud territorial y plan operativo institucional.	Realizar 1 reunión de equipo transmisibles. 1 plan de fortalecimiento.1 Acta de preauditoría y 15 actas de seguimiento. 4actas semanales de revisión	Acta de reunión de equipo. Actas de certificación de actividades.
2	b) Planear, Ejecutar y Evaluar las acciones integrales en los diferentes procesos y/o componentes en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones de mejoramiento.	Asistir a los espacios locales para actulaziacionde la información del equipo Transmisibles: 4 salas de cris 2 coves locales. Asistencia a 1 reunión mensula del equipo transmisibles.	Actas de asistencia
3	c) Apoyar la consolidación de los cronogramas de trabajo del equipo y evaluarlos.	Elaboración de base de talento humano del equipo de transmisibles y revisión de cronograma de actividades	Base de Talento
4	d) Verificar productos teniendo en cuenta las características de calidad, oportunidad y veracidad e informes según indicaciones técnicas impartidas.	Realizar preauditoria a una muestra representativa de colaboradores del equipo de transmisibles	Acta de prauditoria
5	realizar apropiación de los mismos, apoyando y garantizando el desarrollo de las acciones por parte de los equipos técnicos.	Asistir a los espacios locales como salas de crisis y COVE local, con socialización de los eventos transmisibles .Realizar preauditoria a una muestra representativa de colaboradores del equipo de transmisibles	Actas de asistencia
6	f) Garantizar la entrega del archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	Verificación de archivo del proceso conforme a los parametros de gestión documental	Archivo del equipo de transmisibles.

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

7	g) Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	Si se requiere se informará oportunamente a los supervisores del contrato cualquier novedad del equipo de transmisibles.	
8	conceptual, metodológica y operativa de la acción integradora en articulación y coordinación con el equipo distrital que guiara la misma.	Asistencia a 1 comité de sivigila Transmisibles y 1 reunión de equipo Transmisibles.	Acta de asistencia
9	i) Realizar informe técnicos de acuerdo a las necesidades del proceso o procesos de la salud pública e Institucional.	Entrega de productos mensuales a la coordinación de VSP	Productos mensuales entregados a corrdianación de VSP
10			
11			
12			
13			
14			
15			

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	1	2021	02	03	48361584		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: 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	PROTECCION			
SALUD		COMPENSAR	$ 908.526		
ARL	3	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	SI	CAFAM			$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	*057045807000102

LINA ALEJANDRA BARRERA BARBOSA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
CC. NO CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
COORDINADOR PSPIC

Nancy Rodriguez Chaparro
C.C. 51.877.197
Profesional Vigilancia Epidemiológica

NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
ENFERMERA

2021-02-12

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **15/02/2021**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LINA ALEJANDRA BARRERA BARBOSA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52957877**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570458070001102**
Fecha de apertura	**30/10/2006**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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	52957877	LINA ALEJANDRA BARRERA BARBOSA	CL 39 BIS SUR # 72 J 21	4962633	LINALEJITA83@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	
2021-01	2021-01	I	03/02/2021	48361584	$320.200	

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	126.900	0		0		0	0	0	0	126.900	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	162.400	0	0	0	0	0	0		162.400	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	24.800				24.800	0	0	24.800			248	24.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	6.100	0	0	6.100	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	126.900	126.900
Pensión	1	162.400	162.400
Riesgos Laborales	1	24.800	24.800
CCF	1	6.100	6.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	320.200	320.200

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