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-feb.-21	Hasta:	28-feb.-21			
Nombre del Contratista:	Maria alejandra camacho suarez		Cédula:	1.030.636.040			
Correo Electrónico:	malejha2294@gmail.com		Teléfono(s):	3125161353			
Nombre del Supervisor - Planta:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ		Cargo:	COORDONADOR PSPIC	Codigo-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	VICTOR GOMEZ-ANDRES MOJICA		Perfil	ENFERMERO	No. CTO:	4869-4900	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	5508-2020	Año Contrato:	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	965
PERFIL:	TECNICO AUXILIAR SALUD PUBLICA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	ESPACIO VIVIENDA				

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 ESPACIO VIVIENDA SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K27PI				$ 2.197.015	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2.197.015	DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		08/06/2020				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	$ 4.394.030	1660	1	Enero	$ 2.197.015
2	2020-11-01	2020-11-30	2	$ 768.955	2165	2	Febrero	$ 2.197.015
			3	$ 1.428.060	2287	3		
3	2020-12-01	2020-12-10	4	$ 732.338	2521	4		
4	2020-12-11	2021-01-31	5	$ 1.464.677	2618	5		
			6	$ 2.197.015	54	6	Junio	$ 1.684.378
5	2021-02-01	2021-02-28	7	$ 2.197.015	185	7	Julio	$ 2.197.015
						8	Agosto	$ 2.197.015
						9	Septiembre	$ 2.197.015
						10	Octubre	$ 2.197.015
						11	Noviembre	$ 2.197.015
						12	Diciembre	$ 2.197.015
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.078.408	$ 19.260.498	$ 19.260.498	$ -

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	IMPLEMENTAR LOS PROCESOS ASIGNADOS COMO TÉCNICO 1 CON CRITERIOS DE CALIDAD A FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LOS OBJETIVOS Y METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL Y PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL	DAR CUMPLIMIENTO A LAS METAS PROPUESTAS DE EN PLAN INTERVENCIONES PIC	FORMATO IDENTIFICACION DEL RIESGO
2	GARANTIZAR LA CALIDAD, VERACIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS PRODUCTOS CONCERTADOS, PRESENTAR INFORMES Y REPORTES EN LA PERIOCIDAD DEFINIDA Y ASISTIR Y ASISTIR A PROCESOS DE AUDITORIAS Y PREAUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS SEGÚN	GARANTIZAR LA CALIDAD Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS PRODUCTOS CONCERTADOS	FORMATOS DISPUESTOS PARA LA EJECUCION DE META
3	GARANTIZAR LA CUSTODIA Y PROTECCIÓN DE LOS DOCUMENTOS FISICOS Y MAGNETICOS ENTREGADOS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES	SE REALIZA BUSQUEDA DE FAMILIAS CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PAI, PARA CONTINUAR O COMPLETAR EL ESQUEMA DE VACUNAS	FORMATO IDENTIFICACION DE RIESGO
4	ACTIVAR LOS PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DANDO RESPUESTA A LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LA COMUNIDAD	SE REALIZAN LAS CANALIZACIONES PERTINENTES CON EL FIN DE BRINDAR LA AYUDA NECESARIA AL USUARIO	FORMATOS DE CANALIZACIÓN

5	INFORMAR A TIEMPO CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE INTERFIERA EN EL ADECUADO CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS	SE INFORMA AL JEFE A CARGO CUALQUIER EVENTUALIDAD PRESENTADA Y QUE IMPIDA EL BUEN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	REPORTES DE EVENTUALIDAD
6	REALIZAR ACCIONES Y SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN	SE DESPLIEGA CANALIZACIÓN DE PAI AL IDENTIFICAR LAS VACUNAS FALTANTES PARA LA EDAD	FORMATOS DE CANALIZACIÓN PAI
7	ASISTIR A PROCESOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO PARA EL DESARROLLO ADECUADO Y CON CALIDAD DE LOS PROCESOS EN SALUD PÚBLICA	SE ASISTE A JORNADAS DE CAPACITACIÓN PARA BRINDAR UNA MEJOR CALIDAD EN LAS ACTIVIDADES	ACTAS DE ASISTENCIA A REUNIONES Y/O CAPACITACIONES
8	BUSQUEDA ACTIVA DE POBLACÓN PENDIENTE POR INICIAR, CONTINUAR Y COMPLETAR ESQUEMAS DE VACUNACIÓN EN LAS TÁCTICAS EXTRAMURALES, SEGUIMIENTO A COHORTES, JORNADAS (NACIONALES, DISTRITALES Y LOCALES) PARA SU VACUNACIÓN	SE REALIZA BUSQUEDA DE FAMILIAS CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PAI, PARA CONTINUAR O COMPLETAR EL ESQUEMA DE VACUNAS	FORMATOS DE CANALIZACIÓN PAI
9	BUSQUEDA ACTIVA DE POBLACIÓN CON NECESIDADES EN SALUD FISICA Y AMBIENTAL	SE VERIFICA EN LAS FICHAS DE CARACTERIZACIÓN REALIZADAS LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS PARA ENVIAR AÑ PROFESIONAL ADECUADO	FORMATOS DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO
10	Y DEMÁS ACTIVIDADES DE ACUERDO A SU PERFIL	DE ACUERDO A NUESTRO PERFIL NOS ENCONTRAMOS CAPACITADOS PARA CUALQUIER ACTIVIDAD QUE EL SUPERVISOR CONSIDERE	ACTAS DE ASISTENCIA A REUNIONES Y/O CAPACITACIONES
11			

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	12	1034674093		$ 2.197.015

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE 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	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		FAMISANAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 281.100	$ 281.2

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	'0570004870430784

María alejandra camacho suarez

María alejandra camacho suarez
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.030.636.040
CC. NO. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
COORDONADOR PSPIC

VICTOR GOMEZ-ANDRES MOJICA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
ENFERMERO

2021-02-12

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-02-12, 09:32:12 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1034674093

Periodo Cotización: enero de 2021 Periodo Servicio: enero de 2021 Referencia pago (PIN): 8822191550

PAGADO 12/02/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ALEJANDRA CAMACHO SUAREZ		
Documento	CC1030636040	**Dirección**	CR 82GB #59 - 62 TORRE 8 AP 601
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días PEN	Días SAL	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 Mineducación	Total
CC 1030636040	MARIA ALEJANDRA CAMACHO SUAREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230201)PROTECCION (ENG + PROTECCION)	$ 908.526	$ 145.400	(EPS017)FAMISANAR EPS	$ 908.526	$ 113.600	2,436	$ 908.526	$ 22.200	(INH-CCI)NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

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
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

Lineas 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.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1136 PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 882219155C
NUMERO DE APROBACION 439035
Fecha: 11/02/2021 15:33:3E
DU: 38037E
NUM. TRANSACCION 103053271E
Valor $281.200,0C

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: 996248 KENNEDY ALCALDIA

Cajero: DOMAGACA

Recibi Conforme:_____

C.C._____