

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-feb.-21	Hasta:	28-feb.-21		
Nombre del Contratista:	SANCHEZ ACOSTA DANIEL ALBERTO		Cédula:	1023942262		
Correo Electrónico:	danielsan9521@gmail.com		Teléfono(s):	3046471516		
Nombre del Supervisor - Planta:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ		Cargo:	COORDINADOR PSPIC	Código-Grado:	243-20
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:	
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:			Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:	VICTOR GOMEZ-ANDRES MOJICA		Perfil	ENFERMERO	No. CTO:	4869-4900

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	006047	Año Contrato:	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	965
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
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%
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar					\$ -	0,00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar					\$ -	0,00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar					\$ -	0,00%
UCI NEONATAL	Mostrar					\$ -	0,00%
UCI ADULTOS	Mostrar					\$ -	0,00%
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar					\$ -	0,00%
CONVENIO APH	Mostrar					\$ -	0,00%
SIRC						\$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar					\$ -	0,00%
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar					\$ -	0,00%
GESTION DEL RIESGO	Mostrar					\$ -	0,00%
SALUD PUBLICA PIC	Ocultar					\$ -	0,00%
PIC ESPACIO VIVIENDA SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K27PI			\$ 2.197.015	100,00%
						\$ -	0,00%
						\$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar					\$ -	0,00%
REMUNERACION	Mostrar					\$ -	0,00%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$	2.197.015	DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS				

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		14/07/2020				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			
4	2020-12-01	2020-12-10	4	\$ 732.338	1660	4			
5	2020-12-11	2021-01-31	5	\$ 1.464.677	2165	5			
			6	\$ 2.197.015	54	6			
5	2021-02-01	2021-02-28	7	\$ 2.197.015	185	7	Julio	\$	1.275.686
						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

\$ 3.472.701

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 16.654.791

PAGOS REALIZADOS

\$ 16.654.791

SALDO DEL CONTRATO

\$ -

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)					ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION		PRODUCTO O EVIDENCIA
1	REALIZAR PLANEACION, IMPLEMENTACION, MONITOREO Y EVALUACION CORRESPONDIENTES A LOS PROCESOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PLAN DE INTERVENCIÓN COLECTIVA Y CONFORMES A LAS CUALIDADES DE LOS LINEAMIENTOS DEFINIDOS PARA LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO CONTRACTUAL.				REINDUCCIÓN DE LA OPERACIÓN FEBRERO 2021. AISTENCIA A PUNTO DE TOMA DE PRUEBAS COVID PARA TAMIZACIÓN DE USUARIOS EN ZONAS ESPECIALES ACORDE AL DIRECCIONAMIENTO DE SDS CON EL FIN DE IMPACTAR EN SALUD PARA INTERVENCIÓN TEMPRANA DE POBLACIÓN EN RIESGO EN VIRTUD DE LA EMERGENCIA SANITARIA GENERADA POR LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19, PARTICIPACIÓN EN REUNION MENSUAL DE ESPACIO VIVIENDA.		LISTADO REINDUCCIÓN. FICHA DE NOTIFICACION, REGISTRO EN APLICATIVO ENCUESTA MUESTREO Y SOPORTE ENTREGA AL LABORATORIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE 184 HRS LISTADO PARTICIPACIÓN VIRTUAL REUNION ESPACIO VIVIENDA
2	PRESENTAR INFORMES Y REPORTES EN LA PERIODICIDAD DEFINIDA CON CALIDAD, VERACIDAD Y CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A LA META ACORDADA, PRODUCTIVIDAD Y ACTIVIDADES EJECUTADAS.				REGISTRO Y TOMAS DE MUESTRAS EN LOS PUNTOS POR CONGLOMERADOS DE MUESTREO		FICHA DE NOTIFICACION, REGISTRO EN APLICATIVO ENCUESTA MUESTREO Y SOPORTE ENTREGA AL LABORATORIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE 184 HRS
3	PLANEAR, VERIFICAR Y PRESENTAR PROCESOS DE PREAUDITORIA INTERNAS Y EXTERNAS SEGÚN REQUERIMIENTO CUMPLIENDO CON CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y VERACIDAD.				PARTICIPACION EN PRECRITICA Y PREADITORIA DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL PROCESO		ACTA DE PRECRITICA Y CERTIFICACION DE ACTIVIDADES

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.				INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				CO-OPS-FT-11 V6	
4	GARANTIZAR LA CUSTODIA Y PROTECCION DE LOS DOCUMENTOS FISICOS Y MAGNETICOS ENTREGADOS PARA LA EJECUCION DE SUS ACTIVIDAD				REGISTRO Y TOMAS DE MUESTRAS EN LOS PUNTOS POR CONGLOMERADOS DE MUESTREO				FICHA DE NOTIFICACION, REGISTRO EN APLICATIVO ENCUESTA MUESTREO Y SOPORTE ENTREGA AL LABORATORIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE 184 HRS
5	INFORMAR A TIEMPO CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE INFIERA EN EL ADECUADO CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS				NO APLICA				FICHA DE NOTIFICACION, REGISTRO EN APLICATIVO ENCUESTA MUESTREO Y SOPORTE ENTREGA AL LABORATORIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE 184 HRS
6									
INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA		VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR		\$ 2.197.015
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	8611048359				
2021	1	2021	02	11					
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			\$ 908.526	\$ 145.400	\$ 145.400		
SALUD		PORVENIR				\$ 113.600	\$ 113.600		
		NUEVA EPS				\$ 22.100	\$ 22.200		
ARL		SURA				\$ 281.100	\$ 281.200		
CAJA DE COMPENSACION		NO							
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO									
ENTIDAD BANCARIA:		BANCOLOMBIA S.A.		TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	66908972474		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><u>Daniel Sanchez</u> SANCHEZ ACOSTA DANIEL ALBERTO NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 1.023.942.262 CC. NO. CONTRATISTA</p> <p><u>Victor Gomez Andres Mojica</u> VICTOR GOMEZ ANDRES MOJICA NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN ENFERMERO</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><u>William Eduardo Gomez Ramirez</u> WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ NOMBRE DEL SUPERVISOR COORDINADOR PSPIC</p> </div> </div>									

2021-02-12

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: DANIEL ALBERTO SANCHEZ ACOSTA
 Identificación: CC - 1023942262
 Sucursal: 0
 Período Pensión: 2021-01
 Período Salud: 2021-01
 Fecha Pago Planilla: 2021-02-11

Tipo Identificación	PC
Número Identificación	1023942262
Nombre	DANIEL ALBERTO SANCHEZ ACOSTA
EPS	NUOVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Sen CCF
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Número Planilla	B511048359
Referencia de Pago(PIN)	860874778
Tipo Planilla	
Período Pensión	2021-01
Período Salud	2021-01
Tipo Colitante	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Subtipo de Colitante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SIN	Fecha Sin Ingreso	IGE	Fecha Ige Ingreso	LMA	Fecha LMA	VAC	Fecha Vac Inicio	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																							0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G	
					Número Autorización	Valor
30	908.526	0,1250000	\$ 113.600	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria Afiliado	Aportante	Total	Fondo de Subsistencia de	
							Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
30	908.526	0,1600000	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	908.526	0,0243600	\$ 22.200	800858854

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
							Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot.
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

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

PAGO DE FACTURAS

1139 PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS
CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 8608747778

NUMERO DE APROBACION 100810

Fecha: 11/02/2021 10:05:56

DO: 232322

NUM. TRANSACCION 1029985381

Valor \$281.200,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE
OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE
IMPLICA SU ACEPTACION DE QUE 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
O MONTO DEL SUPORTE DE PAGO REALIZADO.
SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION
AL 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, NY EFECTY NY BANCO DE
OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA
RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS
POSTERIORES.

PS Recaudador: 995923 CENTRO COMERCIAL
MONSERRATE CRA 7

Cajero: NOANESLE

Recibi Conforme: _____

C.I. _____

