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: | 15-feb.-21 | Hasta: | 28-feb.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | Elsy Edith Romero Salazar | | Cédula: | 52466723 | | | |
| Correo Electrónico: | misgoticasdeamor@hotmail.com | | Teléfono(s): | 3114300697 | | | |
| 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: | | | Cargo: | | Còdigo-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | VICTOR GOMEZ-ANDRES MOJICA | | Perfil | ENFERMERO | No. CTO: | 4869-4900 | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 3871- 2021 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 368 |
| 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% |
| | | | | | | | $ - | 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 | | | | $ 1.171.741 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 1.171.741 | UN MILLON CIENTO SETENTA Y UN MIL SETECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 11/02/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 28/02/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| | | | | | | 1 | | |
| | | | | | | 2 | Febrero | $ 1.171.741 |
| | | | | | | 3 | | |
| | | | | | | 4 | | |
| | | | | | | 5 | | |
| | | | | | | 6 | | |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.171.741 | $ 1.171.741 | $ 1.171.741 | $ - |

## 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 | Realizar planeacion, implementacion, monitoreo y evaluacion correpondientes a los procesos asignados de acuerdo al plan de intervencion colectiva y confomes a las activividades de los lineamientos definidos para las actividades a desarrollar en cumplimiento del objetivo contractual. | Reinduccion de la operación Febrero 2021. Caracterizacion a usuarios cronicos, menores de 5 años y gestantes en zona de severidad acorde al direccionamiento de SDS con el fin de impactar en salud para intervencion temprana de poblacion en riesgo en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del coronavirus COVID-19, participacion en reunion mensual de espacio vivienda. | Listado de reiduccion. Ficha de caracterizacion, formato sistema de alertas y mapa con retroalimetacion de cada predio para el cumplimiento de horas asignadas |
| 2 | Presentar informes y reportes en la periocidad definida con calidad, veracidad y cumplimiento de acuerdo a la meta acordada, productividad y actividades ejecutadas | Caracterizacion a usuarios cronicos, menores de 5 años y gestantes e zona de severidad. | Ficha de caracterizacion, formato, sistema de alertas y mapa con retroalimentacion de cada predio para el cumplimiento de horas asignadas |
| 3 | Planear, verificar y presentar procesos de preauditoria internas y externas según requerimiento cumpliendo con caracteristicas de calidad, oportunidad y veracidad. | Participacion en precritica y preauditoria de acuerdo a la necesidad del proceso | Acta de precritica y certificacion de actividades |
| 4 | Garantizar la custodia y proteccion de los documentos fisicos y magneticos entragados para la ejecucion de sus actividades | Caracterizacion a usuarios cronicos, menores de 5 años y gestantes e zona de severidad | Ficha de caracterizacion, formato sistema de alertas y mapa con retroalimentacion de cada predio para las horas asignadas |
| 5 | Informar a tiempo cualquier eventualidad que infiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos | No aplica | No aplica |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 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 | | | |
| | | | | | | | |

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 | | $ 908.526 | Sin definir Vr a Cancelar | |
| SALUD | | | | Sin definir Vr a Cancelar | |
| ARL | 3 | | | | |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | | $ - |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | "004870485341 |
|---|---|---|---|---|---|

52146723

Elsy Edith Romero Salazar

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

52.466.723

CC. NO. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ

NOMBRE DEL SUPERVISOR

COORDINADOR PSPIC

VICTOR GOMEZ-ANDRES MOJICA

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

ENFERMERO

2021-02-12

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ELSY EDITH ROMERO SALAZAR identificado(a) con CC 52466723 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **01/12/2020** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO SANTA LIBRADA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 17 días del mes de febrero del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**ELSY EDITH ROMERO SALAZAR,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.466.723**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ARL | sura

Medellín, 17 de febrero de 2021

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

## CERTIFICA:

Que ELSY EDITH ROMERO SALAZAR identificado(a) con cédula de ciudadanía 52466723 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 17/02/2021 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**SUB RED SUR N900958564**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000005 - GESTION DEL RIESGO

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

## Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C524667232104834318

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/02/2021 9.31 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

**A QUIEN INTERESE**

**Bogotá**
COLOMBIA

**2020/09/04**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ELSY EDITH ROMERO SALAZAR** con **Cédula de Ciudadanía** número **52466723** posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO**

| | |
|---|---|
| Número: | **004870485341** |
| Fecha apertura: | **2017/09/25** |

Cordialmente,

**Firma Autorizada**
Banco Davivienda