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-mar.-21	Hasta:	31-mar.-21			
Nombre del Contratista:	MIRYANY ROJAS HERNANDEZ.		Cédula:	52769324			
Correo Electrónico:	mirya.rojas0325@gmail.com		Teléfono[s]:	3135740422			
Nombre del Supervisor - Planta:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ		Cargo:	COORDINADOR PSPIC.	Código-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	CARLOS ANDRES MORCA AGUILAR		Perfil	Profesional Especializado II	No. CTO:	403 E	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005535	Año Contrato:	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	965
PERFIL:	PSICOLOGA				
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	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							
PIC ESPACIO VIVIENDA SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K2701				$ 3.570.149	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3.570.149	TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS.

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		11/06/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/08/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	COP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-09-01	2020-10-31	1	$ 7.140.298	1660	1	Enero	$ 3.570.149
2	2020-11-01	2020-11-30	2	$ 1.249.552	2165	2	Febrero	$ 3.570.149
			3	$ 2.320.597	2287	3	Marzo	$ 3.570.149
3	2020-12-01	2020-12-10	4	$ 1.190.050	2521	4		
4	2020-12-11	2021-01-31	5	$ 2.380.099	2618	5		
			6	$ 3.570.149	54	6	Junio	$ 2.380.099
5	2021-02-01	2021-02-28	7	$ 3.570.149	185	7	Julio	$ 3.570.149
6	2021-03-01	2021-03-31	8	$ 3.570.149	449	8	Agosto	$ 3.570.149
						9	Septiembre	$ 3.570.149
						10	Octubre	$ 3.570.149
						11	Noviembre	$ 3.570.149
						12	Diciembre	$ 3.570.149
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.520.397	$ 34.511.440	$ 34.511.440	$ -

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 PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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	Realización 10 caracterizaciones y 41 implementaciones en la zona periurbana de Ciudad Bolívar	Formato de implementacion del plan familiar
2	Apoyar los procesos de la respuesta integral en salud, reconociendo las necesidades de la comunidad con enfoque diferencial, comunitario, familiar, poblacional y de curso de vida.	Apoyo en los procesos de respuesta integral en salud en zonas periurbanas de la localidad de ciudad bolivar.	Formato de implementacion del plan familiar
3	Desarrollar procesos de planeación, Ejecución y Evaluación de las acciones asignadas y concertadas en los diferentes procesos y/o componentes en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas y realizando las respectivas acciones de mejoramiento a que haya lugar.	Desarrollo del proceso de planeación, ejecución y evaluación de las acciones asignadas en la zona periurbanas	Formato de implementacion del plan familiar
4	Entregar de manera oportuna cronogramas de trabajo, productos e informes según indicaciones técnicas.	Entrega del cronograma del mes correspondiente	formato de cronograma de trabajo
5	Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud.	Entrega del producto establecido en zonas periurbanas	Formato de implementacion del plan familiar
6	Los productos presentados deben cumplir con atributos de calidad: oportunidad y veracidad	Entrega de soportes con atributos de calidad, oportunidad y veracidad	acta de reunion
7	Realizar la revisión de los lineamientos técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervencion y realizar apropiación de los mismos	Revisión de lineamientos febrero 2021	acta de reunion
8	Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	No se realiza en el mes	acta de reunion
9	Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos	No se realiza en el mes	acta de reunion

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

10	Asistir a las reuniones de acuerdo a la convocatoria direccionada por su supervisor y líder técnico.	Asistencia a reuniones del espacio vivienda	acta de reunion

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORÁRIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$	3.570.149
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA				
2021	2	2021	03	08	7779836370			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales no debe ser inferior a un SMMV)
PENSIONADO	NO	PROTECCION	$ 1.428.060	$ 228.500	$ 228.500
SALUD		FAMISANAR		$ 178.500	$ 178.600
ARL	3	SURA		$ 34.800	$ 34.800
CAJA DE COMPENSACIÓN	NO			$ 441.800	$ 441.900

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	570004870410554

MIRYAM ROJAS HERNANDEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.768.324
CC. NO. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
COORDINADOR PSPIC

CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
Profesional Especializado II

2021-02-12

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	59768324
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MINYANY ROJAS HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 61A SUR # 08 - 24	TELEFONO:	7656537
TIPO APORTANTE:	INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
NATURALEZA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	7778836370	TIPO DE PLANILLA:	I-NOS PENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES febrero AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2021
DIAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/03/08	NUMERO AUTORIZACIÓN:	914945287

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
	230201 - PROTECCION	1	$ 228.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.500	$ 0	$ 228.500
TOTALES:										$ 228.500	$ 0	$ 228.500

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
	EPS017 - FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.600	$ 0	$ 0	$ 178.600
TOTALES:													$ 178.600	$ 0	$ 0	$ 178.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
	4-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.800	$ 34.800	$ 0	$ 0	$ 34.800
TOTALES:									$ 34.800	$ 0	$ 0	$ 34.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	EXONERADO REFORMA TRIBUTARIA	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSIÓN TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD W UPC	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTES	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
59768324	ROJAS HERNANDEZ MINYANY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE...		$ [illegible]	NO	230201 - PROTECCION	$ 1.428.100	$ 228.500	$ 0	$ [illegible]	$ 0	$ 0	Normal	$ 228.500	EPS017 - FAMISANAR	$ 1.428.100	$ 178.600	$ 0	$ 178.600	4-11 - ARL SURA	$ 1.428.100	59768324	$ 34.800	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 441.900**

Planilla Pagada

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
914945287

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
05/03/2021

Número de aprobación
00945287

Dirección IP
186.84.90.2

Valor transacción
$ 441.900,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.16.20.158	CC	52768324