

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-mar.-21	Hasta:	31-mar.-21
Nombre del Contratista:	MIRYAN ROJAS HERNANDEZ	Cédula:	52768324	
Correo Electrónico:	mirya.rojas0325@gmail.com	Teléfono(s):	3115740472	
Nombre del Supervisor - Plania:	WILLIAM EDUARDO GÓMEZ RAMÍREZ	Cargo:	COORDINADOR PSPIC	Código-Grado: 243-20
Nombre del Supervisor - Contratista:		Perfil:		No. CTO:
Apoyo técnico a la supervisión - Plania:		Cargo:		Código-Grado:
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:	CARLOS ANDRÉS MOJICA AGUILAR	Perfil:	Profesional Especializado II	No. CTO: 4034

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005535	Año Contrato:	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	965
PERFIL:	PSICOLOGA				
DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE:	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS:	ESPACIO VIVIENDA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS	UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTÁNDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS	Mostrar						
DIRECCIÓN DE URGENCIAS	Mostrar						
DIRECCIÓN DE HOSPITALARIOS	Mostrar						
UCI PEDIÁTRICA	Mostrar						
UCI NEONATAL	Mostrar						
UCI ADULTOS	Mostrar						
DIRECCIÓN COMPLEMENTARIOS	Mostrar						
CONVENIO APH	Mostrar						
SIRC						\$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar						
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD:	Mostrar						
GESTIÓN DEL RIESGO	Donar						
PIC ESPACIO VIVIENDA SALUD PÚBLICA		SALUD PÚBLICA	X2701			\$ 3.570.149	100,00%
						\$ -	0,00%
						\$ -	0,00%
SALUD PÚBLICA PIC	Mostrar						
HONORARIOS	Mostrar						
REMUNERACIÓN	Mostrar						
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$	3.570.149	TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS.				

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		11/06/2020			FECHA TERMINACIÓN CONTRATO INICIAL			31/08/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	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	\$ 2.140.298	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

\$ 9.520.397

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 34.511.440

PAGOS REALIZADOS

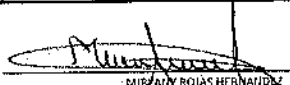
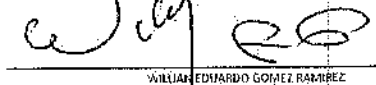
\$ 34.511.440

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 OBLIGACIÓN	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 implementación 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 Bolívar.	Formato de implementación 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; 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 periurbana.	Formato de implementación del plan familiar
4. Entregar de manera oportuna cronogramas de trabajo, productos e informes según indicaciones técnicas.	Entrega del cronograma de meses 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 implementación 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 reunión
7. Realizar la revisión de los lineamientos técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención y realizar apropiación de los mismos.	Revisión de lineamientos febrero 2021	Acta de reunión
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 reunión
9. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	No se realiza en el mes.	Acta de reunión

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.					INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					DO-OPS-FT-11 V6		
10		Asistir a las reuniones de acuerdo a la convocatoria direccionada por su supervisor líder técnico.					Asistencia a reuniones del espacio vivienda			Acta de reuniones		
INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL												
PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA		VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR			\$ 3.570.149		
ANO	MES	ANO	MES	DIA	7779836370							
2021	2	2021	03	08								
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS					TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS							
ITEM					ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL		INGRESO BASE DE LA COTIZACIÓN		VALOR MINIMO DE LOS APORTES		VALOR APORTADO (Según el 40% de los ingresos mensuales) No debe ser inferior a un mínimo	
PENSIONADO					NO		PROTECCIÓN		\$ 228.500		\$ 228.500	
SALUD					FAMISANAR		\$ 1.428.060		\$ 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	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <p>MIPATY ROJAS HERNANDEZ NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA S2:768324 CC. NO. CONTRATISTA</p>  <p>CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN Profesional Especializado II</p> </div> <div style="width: 45%;">  <p>WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ NOMBRE DEL SUPERVISOR COORDINADOR PSPIC</p> </div> </div>												

2021-02-12

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVID MENDEZ

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NOMBRE PLANILLA: 1778836370 PERIODO COTIZACIÓN: 2018 PERIODO COTIZACIÓN SALUS: 2018 NOMBRE AUTORIZACIÓN: 2018		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NOMBRE PLANILLA: 1778836370 PERIODO COTIZACIÓN: 2018 PERIODO COTIZACIÓN SALUS: 2018 NOMBRE AUTORIZACIÓN: 2018	
---	--	---	--

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUS		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUS	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	1778836370	1	1778836370	1	1778836370	1	1778836370
VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUS		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUS	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	1778836370	1	1778836370	1	1778836370	1	1778836370
VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUS		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUS	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	1778836370	1	1778836370	1	1778836370	1	1778836370
VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUS		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUS	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	1778836370	1	1778836370	1	1778836370	1	1778836370
VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUS		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUS	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	1778836370	1	1778836370	1	1778836370	1	1778836370
VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000	VALOR	\$ 225.000

TOTAL \$ 441.900

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
172.16.20.158

Referencia 2
CC

Referencia 3
52768324

