ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	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:	JAIDY ALEXANDRA BOHORQUEZ BELTRAN		Cédula:	1024469361			
Correo Electrónico:	ALEXABOHORQUEZ@GMAIL.COM		Teléfono(s):	3204557864			
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:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	PLINIO VARGAS PINEDA		Perfil	LIDER DE PROCESO	No. CTO:	4239-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004709	Año Contrato:	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	327
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				

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							$ -	
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Ocultar							
		NO4TN19					$ 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		04/06/2020				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	$4.394.031	1660	1	ENERO	$2.197.015
2	2020-11-01	2020-11-30	2	$768.955	2165	2	FEBRERO	$2.197.015
	2020-11-12		3	$1.428.060	2287	3	MARZO	$2.197.015
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		
	2021-01-18		6	$2.197.015	54	6	JUNIO	$1.977.315
5	2021-02-01	2021-02-28	7	$2.197.015	185	7	JULIO	$2.197.015
6	2021-03-01	2021-03-31	8	$2.197.015	449	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
$6.371.344	$21.750.450	$21.750.450	$ -

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 TECNICO 1 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	Implementación de protocolos, manuales y cumplimiento de politicas del lineaqmiento. Presentar oportunamente los formatos requeridos y con la calidad necesaria e información clara y veraz.	Entrega de consentimientos informados, formatos diligenciados y reporte de vacunacion por jornada
2	Garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorias y auditorias internas y externas según requerimiento	Cumplimiento del cronograma establecido, entrega de consentimientos informados y entrega de informes de actividades.	Entrega de consentimientos informados.
3	Garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades	Correcto manejo de los de los consentimientos informados, al igual que los datos proporcionados por los usuarios.	Consentimientos informados, Entrega de carnet de vacunacion a los usuarios
4	Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad	Realizar seguimento en el aplicativo Dondoctor y SIS magnético, garantizando la vacunación de los usuarios y colaboradores de la bases de datos. Brindar información y orientación a los usuarios frente al cronograma de vacunacion COVID 19, indicacion sobre el proceso.	cumplimiento del agendamiento, y sulicitudes de informacion de los usuarios.

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

5	Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos	Mantener comunicación directa con lider de proceso por eventualidades.	Asistencia y participacion en jornadas diarias
6	Realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa Ampliado de Inmunización	Participar en las jornadas de vacunacion COVID 19, que se encuentren en el cronograma. Apoyo en puntos de atencion en los diferentes puntos de vacunacion establecidos. Diligenciamiento de formatos establecidos, consentimientos informados y datos del proceso de vacunacion.	Acta de asistencia y particiapcion
7	Asistir a procesos de fortalecimiento técnico para el desarrollo adecuado y con calidad de los procesos en salud pública	Participacion activa en el desarrollo de jornadas programadas para el fortalecimiento bajo los protocolos de bioseguridad, reuniones de trabajo, capacitaciones y asistencias.	Acta de asistencia y particiapcion
8	Búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en las tácticas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación.	Realizar seguimento al agendamiento establecido garantizando la vacunación de los usuarios y colaboradores.	Cumplimiento del agendamiento diario.
9	Busqueda activa de poblacion con necesidades en salud fisica y ambiental	Articulacion con los diferentes servicios para la ubicación de la poblacion objeto (Diferentes lineas de vacunacion COVID 19)	Cumplimiento con los lineamientos de vacunacion
10	Demas actividades de acuerdo a su perfil	Cumplimiento del cronograma diario establecido, al igual que con el rol que se le determine dentro el proceso de vacunacion COVID 19, diligenciamiento de carnet, formatos establecidos por el lineamiento de vacunacion.	Cumplimiento en las jornadas de vacunacion.

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$2.197.015
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	2	2021	03	08	8612055673		

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	PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	$145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$113.600
ARL	1	SURA		$ 4.700	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 263.700	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	008480340717

JAIDY ALEXANDRA BOHORQUEZ BELTRAN
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.024.469.361
CC. NO. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
COORDINADOR PSPIC

PLINIO VARGAS PINEDA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
LIDER DE PROCESO

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	JAIDY ALEXANDRA BOHORQUEZ BELTRAN
IDENTIFICACION:	CC-1024469361
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-03-09
FECHA DE PAGO:	2021-03-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2021-02
PERIODO SALUD:	2021-02
NUMERO PLANILLA:	8612055673
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8604365741
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 0	$ 113,600	$ 113,600
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 145,400	$ 145,400
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 22,200	$ 22,200
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 17,600	$ 17,600
		Total a pagar		$ 0	$ 298,800	$ 298,800