



ALCALDIA MAYOR
DE BOYACÁ D.C.

SUBREDO 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-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21
Nombre del contratista:	ADA YAMILE MORA VELANDIA	Cédula:	52.930.152	
Correo Electrónico:	ajidavamile_ym@gmail.com	Teléfono(s):	3106969156	
Nombre del supervisor - Planta:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ	Cargo:	COORDINADOR PSPIC	Código-Grado:
Nombre del supervisor - Contratista:		Perfil:		No. CTO:
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:		Cargo:	LIDER PROCESO	Código-Grado:
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:		Perfil:		No. CTO:

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	006035	Año contrato:	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	965
PERFIL:	AYUDAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS:	SALUD PUBLICA- GPAS				

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	Mostrar					\$ -	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	MOATN19				\$ 2.232.387	100,00%
						\$ -	0,00%
						\$ -	0,00%

HONORARIOS

Mostrar

Mostrar

Mostrar

REMUNERACION

Mostrar

Mostrar

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:

\$

2.232.387

DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO			15/07/2020			FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		31/08/2020	
No. PROROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGUN 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	\$ 732.358	2521	4	Abril	\$ 2.332.387	
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	
7	2021-04-01	2021-04-30	7	\$ 2.232.387	775	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	6.371.344
----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 23.982.837
--------------------------	---------------

PAGOS REALIZADOS	\$ 23.982.837
------------------	---------------

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.	Implementar los procesos asignados como TÉCNICO 1 con criterios de calidad a fin de 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 políticas del lineamiento. Presentar oportunamente los formatos requeridos y con la calidad necesaria e información clara y veraz.		Entrega de consentimiento informado, formatos diligenciados y reporte de vacunación por jornada
2.	Garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad de línea y asistir a procesos de presudeforia y auditorías internas y externas según requerimiento	Cumplimiento del cronograma establecido, entrega de consentimientos informados y entrega de informes de actividades.		Entrega de consentimientos informados.

<div><div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MUNICIPIO DE BOGOTÁ</div></div>										SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E																																																																					
INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										CO-OPS-FT-1 V6																																																																					
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 vacunación a los usuarios																																																											
4. Activar los procesos de referencia y contra referencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad										Realizar seguimiento en el aplicativo Donador 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 vacunación COVID 19, indicación sobre el proceso.										cumplimiento del agendamiento, y solicitudes de información de los usuarios.																																																											
5. Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.										Mantener comunicación directa con líder de proceso por eventualidades.										Asistencia y participación en jornadas diarias																																																											
6. Realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa Ampliado de Inmunización.										Mantener comunicación directa con líder de proceso por eventualidades.										Acta de asistencia y participación																																																											
7. Asistir a procesos de fortalecimiento técnico para el desarrollo adecuado y con calidad de los procesos en salud pública.										Participar en las jornadas de vacunación COVID 19, que se encuentren en el cronograma. Apoyo en puntos de atención en los diferentes puntos de vacunación establecidos. Diligenciamiento de formatos establecidos, consentimientos informados y datos del proceso de vacunación.										Acta de asistencia y participación																																																											
8. Búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en las técnicas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación										Participación activa en el desarrollo de jornadas programadas para el fortalecimiento bajo los protocolos de bioseguridad, reuniones de trabajo, capacitaciones y asistencias.										Cumplimiento del agendamiento diario.																																																											
9. Búsqueda activa de población con necesidades en salud física y ambiental.										Realizar seguimiento al agendamiento establecido garantizando la vacunación de los usuarios y colaboradores.										Cumplimiento con los lineamientos de vacunación																																																											
10. demás actividades de acuerdo a su perfil.										Articulación con los diferentes servicios para la ubicación de la población objeto (Diferentes líneas de vacunación COVID 19)										Cumplimiento en las jornadas de vacunación.																																																											
INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL																																																																															
PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO										FECHA DE PAGO										NUMERO DE PLANILLA										VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR										\$										2.197.015																													
AÑO			MES			AÑO			MES			DIA			AÑO			MES			DIA			9417958491																																																							
2021			3			2021			04			05			DOS MILONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS																																																																
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS										ITEM										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 SMLMV																													
PENSIONADO										NO										PORVENIR										\$										\$										\$										\$										145.400									
SALUD										3										COMPENSAR										\$										\$										\$										\$										113.600									
CAJA DE COMPENSACION										NO										SURA										\$										\$										\$										\$										22.200									
																														\$										\$										\$										\$										281.200									
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO																																																																															
ENTIDAD BANCARIA:										BANCO DAVIVIENDA S.A.										TIPO CUENTA										AHORROS										NRO. CUENTA										7590351529																													
CLARIBE MORENO										AIDA YAMILE MORA VELANDIA										PORVENIR										INGRESO BASE DE COTIZACIÓN										VALOR MINIMO DE LOS APORTES										VALOR APORTADO																													
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA										NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA										NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA										NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA										NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA										NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA																													
52.930.152										52.930.152										52.930.152										52.930.152										52.930.152										52.930.152																													
CC. NO. CONTRATISTA										CC. NO. CONTRATISTA										CC. NO. CONTRATISTA										CC. NO. CONTRATISTA										CC. NO. CONTRATISTA										CC. NO. CONTRATISTA																													
Plinio Vargas Pineda										Plinio Vargas Pineda										Plinio Vargas Pineda										Plinio Vargas Pineda										Plinio Vargas Pineda										Plinio Vargas Pineda																													
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN										NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN										NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN										NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN										NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN										NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN																													
LIDER PROCESO										LIDER PROCESO										LIDER PROCESO										LIDER PROCESO										LIDER PROCESO										LIDER PROCESO																													
2021-02-12										2021-02-12										2021-02-12										2021-02-12										2021-02-12										2021-02-12																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52930152		MORA VELANDIA AIDA YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 38c sur 91 a 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4520446	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2021-03	2021-03	941883546	9417958491	I	2021/04/15	2021/04/05	BANCO DAVIVIENDA	\$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																														Total Aportes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vt	sin	lge	lma	vac	avp	vct	rl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52930152		MORA VELANDIA AIDA YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 38c sur 91 a 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4520446	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2021-03	2021-03	941883546	9417958491	I	2021/04/15	2021/04/05	BANCO DAVIVIENDA	\$281,200

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
TOTAL				1	\$281,200	\$0	\$0	\$281,200

