ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ 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-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	DIANA PAOLA ROJAS MELO		Cédula:	1013590027			
Correo Electrónico:	dprm2608@gmail.com		Teléfono(s):	3197694824			
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:	CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR		Perfil	PROF. ESPECIALIZADO II	No. CTO:	4031	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005957	Año Contrato:	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	965
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								
RURALIDAD	Mostrar						$ -	0,00%
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				$ 2.232.387	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	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		10/07/2020				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	$ 4.394.030	1660	1	Enero	$ 2.197.015
2	2020-11-01	2020-11-30	2	$ 768.955	2165	2	Febrero	$ 2.197.015
			3	$ 1.428.060	2287	3	Marzo	$ 2.197.015
3	2020-12-01	2020-12-10	4	$ 732.338	2521	4	Abril	$ 2.232.387
4	2020-12-11	2021-01-31	5	$ 1.464.677	2618	5		
			6	$ 2.197.015	54	6		
5	2021-02-01	2021-02-28	7	$ 2.197.015	185	7	Julio	$ 1.559.172
6	2021-03-01	2021-03-31	8	$ 2.197.015	449	8	Agosto	$ 2.197.015
7	2021-04-01	2021-04-30	9	$ 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	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.756.187	$ 21.367.679	$ 21.367.679	$ -

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 CORRESPONDIENTES A LOS PROCESOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA Y CONFORMES A LAS CUALIDADES DE LOS LINEAMIENTOS DEFINIDOS PARA LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO CONTRACTUAL.	REINDUCCION DE LA OPERACIÓN MARZO 2021. APOYO A MUESTREO COVID A TRAVES DEL DILIGENCIAMIENTO DE 400 FORMATOS DE CARACTERIZACION IEC Y ENCUESTAS A USUARIOS PARA TOMA DE PRUEBA COVID EN ZONAS ESPECIALES 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 REINDUCCION. 400 FORMATOS IEC Y ENCUESTA COVID. LISTADO PARTICIPACION VIRTUAL REUNION ESPACIO VIVIENDA.

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

2	PRESENTAR INFORMES Y REPORTES EN LA PERIOCIDAD DEFINIDA CON CALIDAD, VERACIDAD Y CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A LA META ACORDADA, PRODUCTIVIDAD Y ACTIVIDADES EJECUTADAS.	400 FORMATOS DE CARACTERIZACION IEC Y ENCUESTA A USUARIOS PARA TOMA DE PRUEBA COVID	400 FORMATOS IEC Y ENCUESTA COVID.
3	PLANERA, VERIFICAR Y PRESENTAR PROCESOS DE PREAUDITORIA INTERNAS Y EXTERNAS SEGÚN REQUERIMIENTO CUMPLIENDO CON CARACTERISTICAS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y VERACIDAD.	400 FORMATOS DE CARACTERIZACION IEC Y ENCUESTA A USUARIOS PARA TOMA DE PRUEBA COVID.	400 FORMATOS IEC Y ENCUESTA COVID.
4	GARANTIZAR LA CUSTODIA Y PROTECCION DE LOS DOCUMENTOS FISICOS Y MAGNETICOS ENTREGADOS PARA LA EJECUCION DE SUS ACTIVIDADES	400 FORMATOS DE CARACTERIZACION IEC Y ENCUESTA A USUARIOS PARA TOMA DE PRUEBA COVID.	400 FORMATOS IEC Y ENCUESTA COVID.
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	$ 2.197.015
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	3	2021	04	14	8349479865		

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	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	21335250921

DIANA PAOLA ROJAS MELO

DIANA PAOLA ROJAS MELO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.013.590.027
CC. NO. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
COORDINADOR PSPIC

CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROF. ESPECIALIZADO II

2021-02-12

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA PAOLA ROJAS MELO
No. Identificación: CC1013590027
Dirección: CRA 49A 60A-29
Telefono: 5638642
Correo: dprm2608@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8349479865

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA PAOLA ROJAS MELO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1013590027	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2021
Número de planilla	8349479865	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2021
Fecha pago	2021-04-14	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	14264834	**Total Pagado**	281200
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	22200	1
230301	Porvenir	145400	1
EPS008	Compensar EPS	113600	1

8349479865

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013590027
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA PAOLA ROJAS MELO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	22200	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1130 PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	8349479865
NUMERO DE APROBACION	264834
Fecha:	14/04/2021 13:52:21
OV:	659783
NUM. TRANSACCION	1034267338
Valor	$281.200,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL 018000512627. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORME DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 904896 MADELENA III

Cajero: LUJEVIRO

Recibi Conforme:_____

C.C._____