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:	INGRID LEINET HERNANDEZ VERANO		Cédula:	1053345646			
Correo Electrónico:	ninihv@outlook.com		Teléfono(s):	3219825478			
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	profesional especializado 2	No. CTO:	4031	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	006364	Año Contrato	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	965
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	GESTION DEL RIESGO ENSALUD				
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							$ -	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							
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		01/09/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/10/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-11-01	2020-11-30	1	$ 768 955	2165	1	Enero	$ 2 197 015
			2	$ 1 428 060	2287	2	Febrero	$ 2 197 015
2	2020-12-01	2020-12-10	3	$ 732 338	2521	3	Marzo	$ 2 197 015
3	2020-12-11	2021-01-31	4	$ 1 464 677	2618	4	Abril	$ 2 232 387
			5	$ 2 197 015	54	5		
4	2021-02-01	2021-02-28	6	$2 123 781	185	6		
5	2021-02-01	2021-03-31	7	$ 2 197 015	449	7		
6	2021-04-01	2021-04-30	8	$ 2 232 387	775	8		
						9	Septiembre	$ 2 197 015
						10	Octubre	$ 2 197 015
						11	Noviembre	$ 2 197 015
						12	Diciembre	$ 2 197 015

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4 467 264	$ 17 611 492	$ 17 611 492	$ -

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 EVALUACIONCORRESPONDIENTES A LOS PROCESOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PLANDE INTERVENCION COLECTIVA Y CONFROMES A LAS CUALIDADES DE LOS LINEAMIENTOS DEFINIDOS DEFINIDOS PARA LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR ENCUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO CONTRACTUAL.	REINDUCCION DE LA OPERACIÓNFEBRERO 2021. AISTENCIA A PUNTO DE TOMA DE PRUEBAS COVID PARA TAMIZACIÓNDE USUARIOS ENZONAS ESPECIALES ACORDE AL DIRECCIONAMIENTO DE SDS CONEL FIN DE IMPACTAR ENSALUD PARA INTERVENCIÓN TEMPRANA DE POBLACIÓNEN RIESGO ENVIRTUD DE LA EMERGENCIA SANITARIA GENERADA POR LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19, PARTICIPACIÓNEN REUNION MENSUAL DE ESPACIO VIVIENDA.	LISTADO REINDUCCION. FICHA DE NOTIFICACION, REGISTRO EN APLICATIVO DE ENCUESTA MUESTREO Y SOPORTE ENTREGA DE LABORATORIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE 184 HRS LISTADO PARTICIPACIONVIRTUAL REUNON ESPACIO DE VIVIENDA.
2	PRESENTAR INFORMES Y REPORTES ENLA PERIOCIDAD DEFINDA CON CALIDAD, VERACIDAD Y CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A LA META ACORDADA, PRODUCTIVIDAD Y ACTIVIDADES EJECUTADAS.	REGISTRO Y TOMAS DE MUESTRAS ENLOS PUNTOS POR CONGLOMERADOS DE MUESTREO	FICHA DE NOTIFICACION, REGISTRO ENAPLICATIVO ENCUESTA MUESTREO Y SOPORTE DE ENTREGA AL LABORATORIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE 184HRS

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

3	PLANEAR, VERIFICAR Y PRESENTAR PROCESOS DE PREAUDITORIA INTERNAS Y EXTERNAS SEGÚN REQUERIMIENTO CUMPLIENDO CONCARACTERISTICAS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y VERACIDAD.	PARTICIPACIONEN PRECRITICA Y PREADITORIA DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL PROCESO	ACTA PRECRITICA Y CERTIFICACIONDE ACTIVIDADES
4	GARANTIZAR LA CUSTODIA Y PROTECCIONDE LOS DOCUMENTOS FISICOS Y MAGNETICOS ENTREGADOS PARA LA EJECUCIONDE SUS ACTIVIDAD	REGISTRO Y TOMAS DE MUESTRAS ENLOS PUNTOS POR CONGLOMERADOS DE MUESTREO	FICHA DE NOTIFICACION, REGISTRO ENAPLICATIVO ENCUESTA MUESTREO Y SOPORTE DE ENTREGA AL LABORATORIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE 184HRS
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	9417884597		
2021	3	2021	04	13			

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		NUEVA EPS		$ 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:	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	24092147579

INGRID LEINET HERNANDEZ VERAND
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1 053 345 646
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 2

2021-02-12

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053345646		HERNANDEZ VERANO INGRID LEINET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 11 # 67d 65 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4599713	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	21568308	9417884597	I	2021/04/14	2021/04/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$299,400

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,200	$0	$0	$18,200
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$18,200	$0	$0	$18,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$299,400**	**$0**	**$0**	**$299,400**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053345646		HERNANDEZ VERANO INGRID LEINET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 11 # 67d 65 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4599713	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	21568308	9417884597	I	2021/04/14	2021/04/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$299,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC	1053345646	HERNANDEZ INGRID	230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$113,600	CCF22	30	$908,526	$18,200	14-11	30	$908,526	$22,200	30	$0	$0
Total Afiliados(1)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:21568308
NUM REFERENCIA:00000094178B4597
NUM IDENTIFICACION:1053345646
PERIODO: 2021-03
FECHA EFECTIVA:2021-04-13
VALOR: 299.400
MARI3 ABR 21 10:21:14
103-07934131-001
781541-863418-244627-556260-49
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 112097 CLR 52461001
05118124-138082