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

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 01-abr.-21 | Hasta: | 30-abr.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | ELIANA TORRES GARAY | | Cédula: | 52207617 | | | |
| Correo Electrónico: | ELIANISS1975@OUTLOOK.COM | | Teléfono(s): | 3229579071 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ | | Cargo: | ENFERMERO | Código-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: | 004686 | 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 | | | | | | | $ - | 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 | | | | | | | |
| | | H041N19 | | | | | $ 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 | | 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 | Enero | $ 2.197.015 |
| | 2020-09-01 | 2020-10-31 | 1 | $4.394.031 | 1660 | 2 | Febrero | $ 2.197.015 |
| | 2020-11-01 | 2020-11-30 | 2 | $ 768.955 | 2165 | 3 | Marzo | $ 2.197.015 |
| | 2020-11-17 | | 3 | $1.428.060 | 2287 | 4 | Abril | $ 2.232.387 |
| 3 | 2020-12-01 | 2020-12-10 | 4 | $ 732.338 | 2521 | 5 | | |
| 4 | 2020-12-11 | 2020-12-31 | 5 | $1.464.677 | 2618 | 6 | Junio | $ 1.977.315 |
| | 2021-01-01 | 2021-01-31 | 6 | $2.197.015 | 54 | 7 | Julio | $ 2.197.015 |
| 5 | 2021-02-01 | 2021-02-28 | 7 | $2.197.015 | 185 | 8 | Agosto | $ 2.197.015 |
| 6 | 2021-03-01 | 2021-03-31 | 8 | $2.197.015 | 449 | 9 | Septiembre | $ 2.197.015 |
| 7 | 2021-04-01 | 2021-04-30 | 9 | $2.232.387 | 775 | 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 | $ 23.982.837 | $ 23.982.837 | $ - |

## 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 seguimiento 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 solicitudes de informacion de los usuarios. |
| 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 |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 3 | 2021 | 04 | 13 | 1037130810 | | |

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 | PROTECCION | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| SALUD | | FAMISANAR | | $ 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 DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 00697050396 4 |
|---|---|---|---|---|---|

ELIANA TORRES GARAY
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.207.617
CC. No. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
ENFERMERO

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

2021-02-12

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-04-13, 08:31:24 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1037130810

**Periodo Cotización:** marzo de 2021 **Periodo Servicio:** marzo de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8842375990

**PAGADO 13/04/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ELIANA TORRES GARAY | | |
| **Documento** | CC52207617 | **Dirección** | DG 100 B N° 06- 18 ESTE ALFONSO LOPEZ |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3229579071 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | CON | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52207617 | ELIANA TORRES GARAY | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION (INC + PROTECCION) | $ 908.526 | $ 145.400 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 908.526 | $ 113.600 | 2.436 | $ 908.526 | $ 22.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908.526 | $ 908.526 | $ 908.526 | $ 0 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 | $ 0 | $ 281.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Escaneado con CamScanner