**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

CO-OPS-FT-1; V8

Período a Certificar:	Desde:	01-abr-21	Hasta:	30-abr-21
Nombre del Contratista:	Delia maritza Mojica Hernandez		Cédula:	52961595
Correo Electrónico:	deliamojica@gmail.com		Teléfono(s):	312581705
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:	Código-Grado:
Nombre del Supervisor - Contratista:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ		Perfil:	No. CTO:
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:			Cargo:	Código-Grado:
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:			Perfil:	No. CTO:

NO CONTRATO:	007131	Año Contrato:	2.021	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	72
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION HOSPITALARIA				
UNIDAD DE SERVICIOS:	URGENES TUNAL				

SERVICIOS	UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS							
DIRECCION DE URGENCIAS							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS							
UCI PEDIATRICA							
UCI NEONATAL							
UCI ADULTOS							
UCI ADULTOS - USS EL TURAL	TURAL	002171	180		\$ 9.400	\$ 1.692.000	100,00%
						\$ -	0,00%
						\$ -	0,00%
DIRECCION COMPLEMENTARIOS							
CONVENIO APH							
SIRC						\$ -	0,00%
RURALIDAD							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD							
GESTION DEL RIESGO							
SALUD PUBLICA PIC							
HONORARIOS							
REMUNERACION							
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:						\$1.692.000	#NOMBRE

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
Nº. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	Nº. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2	Febrero	\$564.000
						3	Marzo	\$1.692.000
						4	Abril	\$1.692.000
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

\$7,614.000

\$7,614,000

\$3.948.000

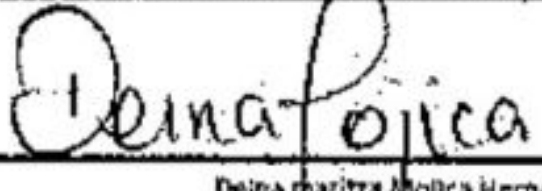
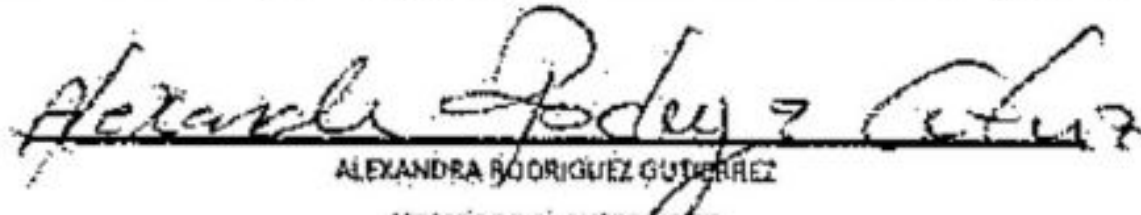
\$3,666,000

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)							ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Acuerdo a los principios de						Realización de actividades de acuerdo a lo que se pactó en el presente convenio de colaboración con la Secretaría de Salud.	Notas de enfermería, auditorías concurrentes.
2	Prevención						Realización de actividades de acuerdo a lo que se pactó en el presente convenio de colaboración con la Secretaría de Salud.	Entrega y recibo de turno e historia clínica.

3	y demás criterios que define el Ministerio de Salud y Protección Social								
4	Incluyendo el diligenciamiento de los								Notas de enfermería.
5	datos y estadísticas específicas de								Notas de historia clínica.
6	fortaleza en el								Inventario asignado y auditorías concurrentes.
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			
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA					
2021	03	2021	04	14	49.919.754		\$1.652.000		
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS						#NOMBRE?			
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 SMMLV			
PENSIONADO	NO	COLPENSIONES		\$908.526	\$145.400	\$145.400			
SALUD		COMPENSAR			\$113.600	\$113.600			
ARL	SI	SURA			\$22.100	\$22.200			
CAJA DE COMPENSACION	NO	NO			\$281.100	\$281.200			

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO				
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA
				450770038872

 Dina Mojica NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 52.961.595 CC. NO. CONTRATISTA	 ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ NOMBRE DEL SUPERVISOR PROF. GEST. ADM. EN SALUD
D. NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN 0	

2021-07-12

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC	
CC	52961395	DEIVA MARITZA MOJICA HERNANDEZ	CL 56 B SUR NO 87 A 26	3112561706	doiranmajicaaher@hotmail.com											1	0
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO					PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES						
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.					2021-03	2021-03	I	14/04/2021	49919754		5281.200	✓

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900356004-7	145,400	0	0	0	0	0	0		145,400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	850803760-5	22.200				22.200	0	0	22.200		222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre		NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	--	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora		No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR y mora	Total a Pagar
Salud		1	113.600	113.600
Pensión		1	145.400	145.400
Riesgos Laborales		1	22.200	22.200
CCF		0	0	0
ESAP		0	0	0
ICBF		0	0	0
MEN		0	0	0
SENA		0	0	0
TOTALES			281.200	281.200

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUDO					TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	14/04/2021	09919754	\$381.200	

LE POR COTIZANTE

[illegible]

inicio

Acceso del vacunador
ingresar



1 of 27

Find | Next

2131



Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: miércoles, 14 de abril de 2021 11:51 p.m.



Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	52961595
Nombres y Apellidos	DINA MARITZA MOJICA HERNANDEZ		
Fecha de nacimiento:	04/01/1983		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
AH1N1	Primera dosis	14/04/2010			CLINICA DEL BOSQUE S.A
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antimélica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCC	Única				
COVID - 19	Primera dosis	25/02/2021	Pfizer	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA UNISALUD
	Segunda dosis	18/03/2021	Pfizer	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA UNISALUD
DPi	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Fiebre amarilla	Única				
	Primera dosis				
Fiebre tifoidea	Refuerzo				
	Primera dosis				
Hepatitis A	Segunda dosis				
	Primera dosis				

Porque la vacunación no es un
juego de niños.

