

		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					
Período a Certificar:	Desde:	01-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21	
Nombre del Contratista:	JORGE LEONARDO VARGAS LEON		Cédula:	1022956095	
Correo Electrónico:	leonardovargas_98@hotmail.com		Teléfono(s):	3143128384	
Nombre del Supervisor - Planta:	LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ		Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Código-Grado:
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil:		No. CTO: 6124
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:			Cargo:		Código-Grado:
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:			Perfil:		No. CTO:

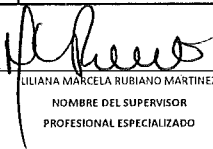
DATOS DEL CONTRATO					
NO CONTRATO:	004084	Año Contrato:	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	326
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	TUNAL				

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	Ocultar						
SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO	APH	GOITP	192	36	\$ 9.870	\$ 2.250.360	100,00%
						\$ -	0,00%
						\$ -	0,00%
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	Mostrar						
HONORARIOS	Mostrar						
REMUNERACION	Mostrar						
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$	2.250.360		DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS			

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO								
FECHA INICIO CONTRATO		1/03/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		30/06/2020
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-07-01	2020-08-31	1	\$ 5.783.400	1089	1	febrero-2021	\$ 2.429.028
2	2020-09-01	2020-09-30	2	\$ 1.879.605	1621	2	marzo-2021	\$ 2.487.240
3	2020-10-01	2020-10-31	3	\$ 1.445.850	1843	3	abril-2021	\$ 2.250.360
4	2020-11-01	2020-11-30	4	\$ 2.660.364	2103	4	Marzo	\$ 2.082.024
5	2020-12-01	2021-01-31	5	\$ 1.735.020	2370	5	Abril	\$ 1.735.020
6	2021-02-01	2021-02-28	6	\$ 173.502	2661	6	Mayo	\$ 2.197.692
7	2021-03-01	2021-03-31	7	\$ 2.313.360	2781	7	Junio	\$ 2.457.945
8	2021-04-01	2021-04-30	8	\$ 2.776.032	61	8	Julio	\$ 1.735.020
			9	\$ 2.492.784	577	9	Agosto	\$ 2.429.028
			10	\$ 2.013.480	720	10	Septiembre	\$ 1.041.012
						11	Octubre	\$ 2.082.024
						12	Noviembre	\$ 2.313.360
						13	Diciembre	\$ 2.660.364
						14	enero-2021	\$ 2.544.696

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 7.171.416	\$ 30.444.813	\$ 30.444.813	\$ -

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 Prestar servicios como Auxiliar de Enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria Convenio Interadministrativo 2307027-2021 suscrito entre la Subred Sur y la Secretaría Distrital de Salud, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la Norma de Habilitación de Servicios de Salud Vigente.	Prestar servicios como Técnico Auxiliar de enfermería en el Programa de Atención Prehospitalaria, con pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad	Programación de actividades mensual
2 Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Subred Sur para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria.	Se realiza atención a cada despacho direccionado por el Centro regulador, brindando atención con calidad durante la valoración y/o traslado del paciente cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Subred Sur para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria.	Bitácora de traslados, registros de atención
3 Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las móviles al responsable delegado por la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria Convenio Interadministrativo 2307027-2021 suscrito entre la Subred Sur y la Secretaría Distrital de Salud.	Realizar correctamente la entrega y recibo de turno según los lineamientos de la Subred Sur; Informar sobre las novedades asistenciales y administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades. Realizar registro de entrega de turno en bitácora, revisión y entrega de equipos biomédicos de la móvil en cada turno programado.	Libro de entrega y recibo de turno
4 Realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros de la historia clínica, módulos de reportes, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos. Fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y/o inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades	Se realiza registro de historia clínica y/o registro asistencial cumpliendo con los lineamientos mínimos de la Resolución 1995 de 1999; también de cada uno de los formatos instaurados por la institución, dar respuesta a novedades asistenciales y administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades	Formato historia clínica y/o registro asistencial

 ALCALDÍA MAYOR DE BENICAZÁ 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	
5	Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación (médico, en móvil básica del médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la dirección centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación, de las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria Convenio Interadministrativo 2307027-2021 suscrito entre la Subred Sur y la Secretaría Distrital de Salud	Recibir y acatar las directrices del líder de la tripulación según tipología de la ambulancia (TAMIA TAB), de igual manera acatar ordenes del médico regulador. Informar las novedades e incidentes que se presenten durante el desarrollo de las actividades.			Libro de entrega y recibo de turno, registros de atención	
6	Revisar periódicamente los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la móvil, cumplir con el registro en los formatos diseñados, apoyar al equipo de calidad y seguimiento en la revisión periódica de las ambulancias. Garantizar la adecuada presentación personal e identificación como contratista de la Subred Sur; mantener una adecuada custodia de los equipos biomédicos, insumos y demás elementos de la móvil asignada, así mismo la entrega mensual de informe de actividades relacionadas con inventario.	Se realiza inventario mensual de insumos y medicamentos que se encuentran en la móvil y registro de kardex. Portar el uniforme institucional completo durante el desarrollo de las actividades. Mantener la custodia de los equipos y demás elementos de la móvil asignada registrando en los formatos establecidos y en bitácora.			Formato de inventario de insumos y medicamentos, bitácora de entrega de turno	
7	Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención Prehospitalaria programados por el DUES y/o la SUBRED SUR E.S.E.	Asistir a las reuniones y capacitaciones brindadas tanto por la coordinación del programa como por la Secretaría Distrital de Salud con el fin de fortalecer competencias.			Listados de asistencia	
8	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.	Se cumplen con las demás actividades programadas por la coordinación del programa de APH según el perfil.			Cronograma de actividades, libro de novedades	
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	DÍA	\$	
2021	3	2021	04	19	49766788	2.487.240
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS		DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS				
ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	VALOR MÍNIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMMLV	
PENSIONADO	NO	COLFONDOS	\$ 994.896	\$ 159.200	\$ 159.200	
SALUD		SANITAS		\$ 124.400	\$ 124.400	
ARL	4	SURA		\$ -	\$ -	
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		\$ 283.600	\$ 283.600	
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO						
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	450700076190	
 JORGE LEONARDO VARGAS LEÓN NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 1.022.904.095 CC. NO. CONTRATISTA		 JULIANA MARCELA RUBIANO MARTÍNEZ NOMBRE DEL SUPERVISOR PROFESIONAL ESPECIALIZADO				
0 NOMBRE DEL APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 0						
2021-02-12						

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	102296095	JORGE LEONARDO VARGAS LEON	Cra 9B 90 23 SUR	9042671	leonardovargas_98@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1- Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO
-------------------------------------	----

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLAOS 1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-03	2021-03	1	19/04/2021	49768788	\$289.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	124.400	0		0		0	0
			Total a Pagar		Valor Mora UPC		Valor Mora Cotización		No. Afiliados
			124.400		0		0		1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	159.200	0	0	0	0	0	0	0	159.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	6.000	0	0	6.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	124.400	124.400
Pensión	1	159.200	159.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	6.000	6.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	289.600	289.600

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1022966095	JORGE LEONARDO VARGAS LEON	Cra 9B 90 23 SUR	9042671	leonardovargas_98@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					1
					UPC
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$289.600
2021-03	2021-03	I	19/04/2021	49766788	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES			
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Régimen	Cotización	Código AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional solidario	Fondo pensional de subsistencia	Codi. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Codi. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN					
CC	1022966095	VARGAS LEON JORGE LEONARDO	3	0	0	231001	594.857	150.200	0	0	0	0	EPS005	994.857	124.400	0	0	Clase de Riesgo	0	CCF24	994.857	5.800	0	0	0	0	0					