ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

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:	Nelson Camilo Silva Leon		**Cédula:**	102394196			
Correo Electrónico:	camilosilva9525@gmail.com		**Teléfono(s):**	3045607713			
Nombre del Supervisor - Planta:			**Cargo:**		**Codigo-Grado:**		
Nombre del Supervisor - Contratista:	LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ		**Perfil**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	**No. CTO:**	6124	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			**Cargo:**		**Còdigo-Grado:**		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			**Perfil**		**No. CTO:**		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:		**Año Contrato:**	**2020**	**C.D.P. CONTRATO INICIAL :**	**328**
PERFIL:	CONDUCTOR				
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	G01TP	239		$ 8.227	**$ 1.966.253**	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:	**$ 1.966.253**	**UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS**

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO						FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		
No. PRORROGA	**FECHA INICIO**	**FECHA TERMINACION**	**No. ADICION**	**VALOR ADICION**	**CDP**	**N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO**	**MES CUENTA DE COBRO**	**VALOR A PAGAR**
1	2020-07-01	2020-08-31	1	$ 5.109.624	1088	**1**	**febrero-2021**	**$ 1.831.572**
2	2020-09-01	2020-09-30	2	$ 2.628.624	1845	**2**	**marzo-2021**	**$ 1.974.980**
3	2020-10-01	2020-10-31	3	$ 1.542.528	2070	**3**	**abril-2021**	**$ 1.974.980**
4	2020-11-01	2020-11-30	4	$ 2.024.568	2372	**4**	**Marzo**	**$ 1.928.160**
5	2020-12-01	2021-01-31	5	$ 2.024.568	2801	**5**	**Abril**	**$ 1.156.896**
6	2021-02-01	2021-02-28	6	$ 964.080	62	**6**	**Mayo**	**$ 2.024.569**
7	2021-03-01	2021-03-31	7	$ 2.073.204	578	**7**	**Junio**	**$ 1.857.360**
8	2021-04-01	2021-04-30	8	$ 1.777.032	718	**8**	**Julio**	**$ 674.856**
9	2021-04-14	2021-04-14	9	$ 98.724	990	**9**	**Agosto**	**$ 2.024.568**
						10	**Septiembre**	**$ 1.542.528**
						11	**Octubre**	**$ 2.024.568**
						12	**Noviembre**	**$ 1.156.896**
						13	**Diciembre**	**$ 2.024.568**
						14	**enero-2021**	**$ 2.024.568**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.977.296	**$ 24.220.248**	**$ 24.221.069**	**-$ 821**

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	Presentar servicios como conductor de ambulancia básica o medicalizada para la Unidad Funcional de Servicios de Atencion Prehospotalaria Convenio Interadministrativo 2031129-2020 suscrito entre la Subred Sur y la Srecretaria 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	Se prestan servicios de conductor de ambulacian según cronograma de actividad mensual	Libro de pacientes
2	Dar respuesta oportuna a cada uno de los eventos y atenciones, indicadas por la Direccion Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, Realizando los traslados de pacientes asignados de acuerdo a cada uno de los despachos ordenados por el DUES de manera oportuna con calidad y calidez, junto con el equipo medico y tecnico que tripula la movil	Se reciben los despachos generados por el CRUE, generando oportunidad en la antención de pacientes bajo los lineamientos establecidos	recibo de pago

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

3	cumplir con el precedimiento de entrega y recibido de programacion 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 biomedicos asisgnados a las móviles al responsable delegado por la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria COnvenio Interadministrativo 2031129-2020 suscrito entre la Subred Sur y la Secretaría Distrital de Salud	Se acatan y se realizan las actividades que son inherentes al perfil dadas por el lider de la tripulación	Cronograma de actividades
4	Dar cumplimiento a los direccionamientos dados por la direccion centro regulador de urgenciasy emergencias, cumpliendo con los tiempos para atencion valoracion y traslado en el programa de atencion Prehospitalaria; Cumplir con las indicaciones del lider de la tripulación (médico, en móvil basica del medico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atencion para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa oportunidad, disponibilidad, eficiencia.	Se realiza cambio de turno en la base asignada por el centro regulador de urgencias y emergencias (CRUE) y se realizan desplazamientos estimulados por el centro regulador de urgencias y emergencias (CRUE)	Bitacora de traslados
5	Revisar, verificar y salvaguardar los elementos que hacen parte de la dotación de herramientas y dispositivos de seguridadvial de la movil a la que se encuentre asignado, cumplir con el registro en los formatos diseñados, velando por la adecuanda utilización de los recursos por parte del equipo medico durante la atencion del paciente, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomedicos y de comunicacion asignados a las moviles, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades.	Se aplican normas de bioseguridad según los protocolos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	En el libro de entrega de turno
6	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.	Se da cumplimiento a las actividades atinentes del contrato de acuerdo con las necesidades del servicio	Cronograma de actividades
7	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que seam inherentes con el objeto del contrato.	Entregar oportunamente la certificacion de paz y salvo de comparendos o en su defecto acuerdo de pago de los mismos	Certificación expedida por el SIM
8			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	3	2021	04				

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS — **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**		$ 908.526		
SALUD					
ARL	**4**				
CAJA DE COMPENSACION	**NO**	-			**$ -**

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:		TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	

Nelson Camilo Silva Leon
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
102.394.196
CC. NO. CONTRATISTA

LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: NELSON CAMILO SILVA LEON

Identificación: CC-1023941936

Sucursal: 0

Período Pensión: 2021-04

Período Salud: 2021-04

Fecha Pago Planilla: 2021-05-11

Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Número Identificación	1,023,941,936
Nombre	NELSON CAMILO SILVA LEON
EPS	NUEVA E.P.S. S.A.
AFP	COLFONDOS
Caja de Compensación	SIN CCF
ARP	Sin ARP
Número de planilla	20253242
Referencia de pago(PIN)	
Tipo de planilla	I
Período pensión	2021-04
Período salud	2021-04
Tipo de cotizante	Independiente
Subtipo de cotizante	No aplica

Novedades															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
															0

Dias Cotizados	
PENSIÓN	30
SALUD	30
RIESGOS	0
CAJA DE COMPENSACION	0

Tipo de salario	Salario	IBC Pensión	908,526
IBC Salud	908,526	IBC Riesgos	0
IBC Cajas	0	IBC SENA e ICBF	$0
Salario	908,526		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES							
Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total Cotización	Fondo de Sol Pensional	Fondo de Subs Pensional	Valor no retenido aportes vol
		Afiliado	Aportante				
16.0%	145,400	0	0	145,400	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE SALUD						
			Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad	
Tarifa	Cotización Obligatoria	UPC adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
0.1250000	113,600	0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES		
Centro de Trabajo		
Cóodigo centro de trabajo	Tarifa	Cotización Obligatoria
0	0.0000000	0

APORTES PARAFISCALES

Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa Caja	Aporte Caja	Tarifa MIN EDU	Aporte MIN EDU
0.0000000	0	0.0000000	0	0.0000000	0	0.0000000	0	0.0000000	0

ASOPAGOS s.a.
PAGADO