4.90 015

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:	18-may.-21		Hasta:	31-may.-21		
Nombre del Contratista:	DANIEL GARCIA GIMON			Cédula:	1034318952		
Correo Electrónico:	danielgarciagimon@gmail.com			Teléfono(s):	31445820196		
Nombre del Supervisor - Planta:	KARLO ROBERTO REYES BARRERA			Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Codigo-Grado:	CODIGO 242 GRADO 30
Nombre del Supervisor - Contratista:				Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:				Cargo:		Còdigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	ESTEBAN ADOLFO ZAMORA GARCIA			Perfil	MEDICO	No. CTO:	6238

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	006200	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	1279
PERFIL:	MEDICO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE 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	Ocultar							
#N/A		TUNAL	I18TN031	72		$ 30.331	$ 2.183.832	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2.183.832	DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		21/05/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	29/06/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2		
						3		
						4		
						5	Mayo	$ 2.183.832
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.825.398	$ 7.825.398	$ 2.183.832	$ 5.641.566

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

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	1- Desarrollar las atenciones médicas domiciliarias a que haya lugar participando en el proceso de gestión y análisis en el marco del modelo territorial de salud de Bogotá y la estrategia de consultorios dinamizadores de la Subred Sur.	Se realizaron las visitas médicas domiciliarias a integrantes de 24 familias priorizadas desde la SDS durante el mes de Mayo en el marco del modelo territorial de salud y la estrategia de consultorios dinamizadores	Se entregaron los informes e historias clinicas acordes a cada visita.
2	2-Liderar la caracterización poblacional en lo de su competencia en la población y territorios a cargo.	Se lideró en campo el proceso de caracterización a 24 familias en la población priorizada en las UPZ asignadas desde la SDS, de acuerdo a las normas y lineamientos establecidos.	Base de caracterización familiar - Reportes de la caracterización de cada visita realizada.
3	3-Realizar consulta médica domiciliara de acuerdo con las directrices dadas en el convenio e implementado todos las guías, protocolos, proceso y procedimientos a los que haya lugar.	Se realizaron consultas médicas domiciliarias siguiendo las directrices e implementando las guías y protocolos establecidos.	Historias Clínicas de las consultas realizadas a integrantes de familias priorizadas
4	4-Diligenciar oportunamente y con todos lo requisitos de calidad la historia clínica y demás formatos e instrumentos requeridos en el convenio.	Se diligenciaron oportunamente y con alta calidad las historias clínicas y formatos requeridos.	Se realizo entrega de los formatos solicitados.
5	5-Participar activamente en los procesos de análisis y gestión interdisciplinar que se requieran .	Se participó en comité del cuidado	Acta de comité de cuidado con aportes
6	6-Realizar canalización, notificación e información necesaria para mejorar la resolutividad de los pacientes y familias atendidas.	Se realizó canalización y se notificó la información necesaria para mejorar la resolutividad de los pacientes y familias atendidas.	Se entregó informe de las canalizaciones realizadas por familia.
7	7-Integrar las acciones necesarias con las rutas integrales de atención en salud en procura de mejorar la atención integral en salud desde su competencia	Se llevaron a cabo las acciones necesarias y se integraron con las diferentes RIAS para mejorar la atencion integral en salud de cada individuo de las familias caracterizadas	Base de datos de personas canalizadas a ñas distintas RIAS.
8	8-Participar en los proceso de inducción y capacitación a los qua haya lugar, procurando mantenerse permanente actualizado en las actividades de competencia.	Se paricipó en inducciones de la Subred y la SDS, así como en las capacitaciones de la RIAS Materno Perinatal y socialización del PSPIC para mantener la actualización en temas de salud.	Acta de asitencia a reuniones.
9	9-Construir y entregar los informes requeridos.10-Desarrollar las demás acciones que se requieran en el marco del cumplimento del contrato	Se realizó y entregó los informes requeridos oportunamente y con calidad	Actas e informes requeridos
10	10-Desarrollar las demás acciones que se requieran en el marco del cumplimento del contrato	Se realizaron todas las acciones requeridas para el cumplimiento del contrato.	Se entregaron informes, base de datos, historias clinicas y ruta de cumplimiento de visitas domiciliarias.

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			

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				
SALUD					$ 145.400
ARL	4		$ 908.526		$ 113.600
CAJA DE COMPENSACION	NO				$ -
					$ 259.000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:		BANCO DE BOGOTÁ	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	304652993

DANIEL GARCIA GIMON
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1034318952
CC. NO. CONTRATISTA

KARLO ROBERTO REYES BARRERA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

ESTEBAN ADOLFO ZAMORA GARCIA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
MEDICO

2021-02-12

Doc Daniel García

porvenir

Fondo de Pensiones Obligatorias

Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800 144 331-3

Nº 22316503

22316503

Ciudad | Fecha de Solicitud de Afiliación 2 0

Vinculación Inicial

Marque con X, si el solicitante no ha estado afiliado por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Cuperanos o Caja y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias

Traslado de AFP (Permanencia mínima de 6 meses en esa AFP)

Pensiones Obligatorias
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen

(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad pública, en Cuperanos o en la Caja Nacional de Previsión Social y desea vincularse a Porvenir)

Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

Datos Básicos

Tipo de Documento: CC TI CE PAS RC CD | Nº de Documento de Identidad | Fecha de Expedición del Documento de Identidad | Lugar de Expedición | Género: M F | Es Pensionado (Jubilado): SI NO

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Otros Nombres

Fecha de Nacimiento | Lugar de Nacimiento | Nacionalidad: Colombiana | Otra ¿Cuál?

Datos de Ubicación

Dirección de Residencia | Barrio | Ciudad/Municipio

Departamento | Nº de Teléfono Fijo | Nº de Teléfono Celular | Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Acepto a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail)

Dirección Laboral | Ciudad | Departamento | Nº de Teléfono

Datos Laborales y Socioeconómicos

Tipo de Documento: NIT CC CE PAS TI | Nº de Documento de Identidad | Nombre y/o Razón Social

Ciudad | Dirección Empleador | Departamento | Teléfono(s)

Ocupación o Cargo Actual | Salario o Ingreso Mensual $ | Salario Integral $ y/o

Envío de Notificación: Sucursal Principal | Sucursal Ciudad | Tipo de Trabajador: Independiente Contratista | Dependiente | Independiente Voluntario

Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

Código parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido Los beneficiarios relacionados serán reconocidos de acuerdo con las normas legales vigentes

Información Financiera

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO ✓ | ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO ✓ | Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad

Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Cooperativas, a una Caja o Fondo Prestacional y cotice 150 semanas | Tengo Derecho al Bono Pensional: SI NO ✓

Declaración de Origen de Fondos

Importante: Manifiesto que bajo la gravedad del juramento, declaro que mis actividades económicas, ocupación y ejercicio de profesión u oficio, de ahorro, inversión y/o de cualquier otra índole, así como los recursos que entregaré a Porvenir S.A. provienen de actividades lícitas y no están relacionados con actividades ilícitas de cualquier tipo, incluyendo las contempladas en el artículo 323 del Código Penal o cualquier norma que lo modifique, adicione o sustituya.

- Anexar la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro
- Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente

Autorización

Yo, con la presente autorización del Empleador de ... la me efectuado en ... para que administre mis aportes

Instrucciones para el Diligenciamiento de la Solicitud de Vinculación o Traslado

1. Tipo de Vinculación

RECIBIDO PORVENIR SOLICITUD VERIFICACIÓN

porvenir

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800 144 331-3

Nº 22318503

22318503

47118 | Ciudad BOGOTA | Fecha de Solicitud de Afiliación 2 0

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir
Pensiones Obligatorias /

Traslado de AFP (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media (en alguna modalidad) en Colpensiones o caja durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

1. Datos Básicos

Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Expedición del Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Género	Es Pensionado (Jubilado)
CC TI CE PAS RC CD /	1034318952	20200309	BOGOTA	M / F	SI NO /

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres
GARCIA	GIRON	DANIEL	

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad
19860531	SAN GIL SAN	Colombiana / Otra ¿Cuál?

2. Datos de Ubicación

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad/Municipio
CRA 103 # 133 - 10	SUBA	BOGOTA

Departamento	Nº de Teléfono Fijo	Nº de Teléfono Celular	Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Autoriza a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular.
BOGOTA		3195820196	SI / NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail)
DANIELGARCIAGIRON@GMAIL.COM

Dirección Laboral	Ciudad	Departamento	Nº de Teléfono
CRA 103 # 133-10	BOGOTA	BOGOTA	

3. Datos Laborales / Actividad Económica

Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Nombre y/o Razón Social
NIT CC / CE PAS TI	1034318952	DANIEL GARCIA

Ciudad	Dirección Empleador	Departamento	Teléfono(s)
BOGOTA	CRA 103 # 13 - 10	BOGOTA	

Ocupación o Cargo Actual	Salario o Ingreso Mensual	Salario Integral
INDEPENDIENTE	$ 5.600.000	y/o $

Envío de Notificación	Sucursal Principal	Sucursal Ciudad	Tipo de Trabajador	Independiente Contratista	Dependiente	Independiente Voluntario
	/					/

4. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

Código parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padre 04 Hijo 05 Hermano 06 Nieto 07 Abuelo 08 Otro. Los beneficiarios menores de edad serán reconocidos de acuerdo con las normas legales vigentes

5. Declaración Actividad Económica

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO / ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO / Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad

6. Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y cotizé 150 semanas

Tengo Derecho a Bono Pensional SI NO /

7. Autorizaciones

Importante! Manifiesto que tengo derecho a recibir asesoría antes y durante todo el proceso de vinculación o traslado al régimen de ahorro individual por medio de Porvenir, así como a recibir información clara, cierta, suficiente y oportuna sobre el régimen pensional al que tengo derecho a ingresar y sobre el régimen al cual me estoy trasladando. Así mismo, he examinado mi derecho a permanecer en el régimen de prima media y he decidido trasladarme de régimen de manera libre y voluntaria. Autorizo la información contenida en el presente formulario y declaro que los datos suministrados son ciertos.

- Anexo la fotocopia de mi documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.
- Si usted es pensionado adjunte la documentación correspondiente.

Firma del Solicitante

Huella Dactilar

Firma del Asesor Comercial de Porvenir

Declaro que la selección del Régimen de PAIS lo he efectuado en

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que DANIEL GARCIA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.034.318.952 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 304652993, abierta/o desde el 19/8/2020.

Se expide en Bogotá el día 24 del mes de Mayo del año 2021 con destino a: A quien interese

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

BOGOTA, Mayo 24 de 2021

Señor (a):
DANIEL GARCIA GIMON
CR 103 133 10
BOGOTA - BOGOTA

Referencia: Respuesta de Aprobación usuario nuevo en el SGSSS o solicitud de traslado

Apreciado (a) Afiliado (a):

Reciba un cordial saludo en nombre de SALUD TOTAL EPS-S S.A y nuestros agradecimientos por escogernos como la Entidad Promotora de Salud de su preferencia.

Con el fin de darle a conocer el resultado de su afiliación como usuario nuevo en el SGSSS o la solicitud de traslado.

A continuación podrá observar el detalle de las personas por quienes se consideró procedente la aprobación de inclusión o el traslado de la EPS, de acuerdo al Decreto 780 de 2016.

Documento	Tipo	Apellidos y Nombre	Parentesco	Fecha Inicio Servicio
1034318952	C	DANIEL GARCIA GIMON	COTIZANTE	Mayo 18 de 2021

Por lo anterior, y para hacer efectiva esta noticia, le agradecemos que sus cotizaciones en salud sean realizadas a SALUD TOTAL EPS-S S.A a partir de la Fecha Inicio Servicio.

Cualquier inquietud, sugerencia o reclamo sobre este u otro tema, así como la actualización de datos, con gusto será atendida a través del link Contáctenos en www.saludtotal.com.co o a través de los medios telefónicos y personales en su sucursal que podrá consultar en nuestra página web.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO SÁNCHEZ
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya actualizó esta situación, por favor haga caso omiso de esta información.
¿Sabía usted que si nos suministra una dirección válida de correo electrónico podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y además evitamos el uso excesivo de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co y en la opción Contáctenos registre la información que desea actualizar y adjúntenos la presente planilla.

M-PYGA-F018 V.2.0-2019

ARL | sura

Medellín, 27 de mayo de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que DANIEL GARCIA GIMON identificado(a) con cédula de ciudadanía 1034318952 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 26/05/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE
SUB RED SUR N900958564
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL **CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436% **CENTRO DE TRABAJO:** 0000000003 - TRANSPORTE-SIRC-RUTA **CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES **ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:** 4603201 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE COLECTIVO NO REGULAR DE PASAJEROS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 4603101 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVIDUAL DE PASAJEROS **CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4603101 **CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35%

Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4,35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10343189522114740694

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 27/05/2021 11.18 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA