| ALCALDIA 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: | 01-jun.-21 | Hasta: | 30-jun.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | ONNER ARMANDO FINO REYES | | Cédula: | 80370327 | | | |
| Correo Electrónico: | ONNER.A@HOTMAIL.COM | | Teléfono(s): | 3194688962 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ | | Cargo: | ENFERMERO | Codigo-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: | 005033 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 993 |
| 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 | | | | | | | |
| | | N04TN19 | | | | | $ 2,232,442 | 100.00% |
| | | | | | | | $ - | 0.00% |
| | | | | | | | $ - | 0.00% |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 2,232,442 | DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 01/05/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/06/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| | 2021-07-01 | 2021-08-31 | 1 | $ 2,250,128 | 1592 | 1 | | |
| | | | | | | 2 | | |
| | | | | | | 3 | | |
| | | | | | | 4 | | |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 2,250,128 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 2,232,442 |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4,464,884 | $ 6,715,012 | $ 4,482,570 | $ 2,232,442 |

## 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 | Utilizar las medidas, elementos de protección personal y explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario cumpliendo los lineamientos de vacunación segura y dar recomendaciones en los cuidados post vacunales. | Portar adecuadamente los electos de protección personal (tapabocas,bata,monogafas) | Se evalua antes de iniciar el procedimiento de vacunacion covid-19. |
| 2 | Desarrollar el proceso de asesoría al usuario que se va a vacunar contra el COVID-19 para el diligenciamiento del formato de consentimiento informado. | Brindar educacion frente al procedimiento de la vacuna y los sintomas que puede presentar con la vacunacion covid-19. Realizar el correcto diligenciamiento de los consentimientos informados sin tachones, sin enmendaduras. | Diligenciamiento de los formatos de consentimientos sin tachones sin enmendaduras. |
| 3 | Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros | Realizar el respectivo diligenciamiento de los formatos de limpieza y desinfeccion. | formato de limpieza y desinfeccion ambulatorio punto de vacunacion covid-19 |

| ALCALDIA 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | Diligenciar el registro diario de vacunación (físico o magnético) de acuerdo con los formatos enviados por el MSPS y diligenciar los documentos que se requieran con forme los lineamientos técnicos del proceso que se esté apoyando, organizar y entregar el archivo. | Realizar el registro en las bases de datos SIASUR, DONDOCTOR, PAI DISTRITALY PAIWEB. | Bases de datos SIASUR, DONDOCTOR,PAI DISTRITAL Y PAIWEB. |
| 5 | Monitorear los usuarios en la sala de observación, con el fin de identificar precozmente la presencia de un ESAVI – ya sea leve o grave para activar el protocolo de urgencias en caso de presentarse una eventualidad. Primer respondiente | Realizar diligenciamiento del formato de vigilancia en salud de los eventos adversos no graves posterior a la vacunacion. | Formato de vigilancia en salud publica de los eventos adversos no graves posterior a la vacunacion. |
| 6 | Desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la poblacion desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas | Garantizar la vacunacion a toda la poblacion de acuerdo a su rango de edad, su estado de salud, Brindar educacion frente al procedimeinto de vacunacion y brindar cuidados en salud según necesidad | Procedimiento de vacunacion |
| 7 | 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 auditorías internas y externas según requerimiento | Recopilacion de las dosis administradas en el tablero de control del biologico, recopilacion de las personas registradas en SIASUR, DONDOCTOR, PAI DISTRITAL, PAI WEB y carpetas organizadas con los consentimientos informados diligenciados. | *Tablero control del biologico, Base de* SIASUR, DONDOCTOR, PAI DISTRITAL, PAI WEB, consentimientos informados. |
| 8 | Garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades | Se debe realizar entrega de los respectivos registros en las bases de datos a diario, tambien se deben entregar los consentimientos informados en una carpeta. | Los documentos y registros quedan en custodia del coordinador de PAI COVID-19. |
| 9 | Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activacion de rutas y canalizacion). | Garantizar la vacunacion de toda la poblacion agendada y asignada para la vacuna de acuerdo a la edad y la dosis correspondiente | Proceso de verificación en el aplicativo de la primera dosis del biológico. |
| 10 | Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos. | Se debe tener comunicación directa con los jefes de cada punto para que resuelvan cualquier eventualidad. | Llamadas telefonicas, correos electronicos. |
| 11 | Búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación | Se realiza demanda inducida de toda las personas agendadas y registradas en PISIS. | Llamadas telefonicas |
| 12 | Participar activamente en los espacios de fortalecimiento tecnico convocados por la institucion o por la SDS. | Asistir a las reuniones que realiza la SDS para fortalecimiento de los conocimientos. | Lista de asistencia |
| 13 | Desarrollar las actividades de vacunacion dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institucion y del programa Ampliado de Inmunizaciones | Garantizar las jornadas de vacunacion diarias, teniendo el talento humano capacitado y entrenado para realizar la vacunacion covid-19 de forma correcta y veraz dar cumplimiento a los horarios establecidos. | Jornadas de vacunacion de 7: 00 am a 4:30 pm |
| 14 | Prestar servicios de atencion e intervencion integral al usuario con calidad, oportunidad y humanizacion | Realizar el procedimiento de vacunacion de forma acertiva, oportuna, garantizando la atencion humanizada. | Observacion del proceso de vacunacion |
| 15 | Realizar acciones de apoyo a la operación del plan nacional de vacunación contra el COVID – 19. - Implementar los procesos asignados con criterios de calidad a fin de dar cumplimiento a los objetivos y las metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas.- Asistir a procesos de fortalecimiento técnico para el desarrollo adecuado y con calidad de los procesos en salud pública | Cumplir con los lineamientos de vacunacion segura, identificar cual es el biologico que se debe administrar de acuerdo al rango de edad | Jornadas de vacunacion de 7: 00 am a 4:30 pm |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 2,250,128 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 5 | 2021 | 06 | 11 | 1037755576 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL CIENTO VEINTIOCHO 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 | PORVENIR | $ 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 | 004870247337 |
|---|---|---|---|---|---|

ONNER ARMANDO FINO REYES
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
80,370,327
CC. NO. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
ENFERMERO

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-06-16, 04:30:04 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1037755576

**Periodo Cotización:** mayo de 2021 **Periodo Servicio:** mayo de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8812686740

**PAGADO 11/06/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ONNER ARMANDO FINO REYES | | |
| **Documento** | CC80370327 | **Dirección** | CL 71A SUR #14 - 33 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3194688962 |
| **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 | COR | 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 80370327 | ONNER ARMANDO FINO REYES | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 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 |



Lineas 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.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Si ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | FEBRERO 4697-2020.pdf | FEBRERO 4697-2020.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 4697-2020 MARZO.pdf | CTO 4697-2020 MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si Nc

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CTO 4697-2020 ABRIL.pdf | CTO 4697-2020 ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CERTIFICADO ARL CTO-5033-2021.pdf | CERTIFICADO ARL CTO-5033-2021.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 5033-2021 MAYO.pdf | CTO 5033-2021 MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >