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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	08-jun.-21	Hasta:	30-jun.-21			
Nombre del Contratista:	ORLANDO DE JESUS RINCON RAMIREZ		Cédula:	8.689.760			
Correo Electrónico:	orlandorincon16@gmail.com		Teléfono(s):	3163915176			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	EDUARDO CASTILLO CASTILLO		Perfil	LÍDER DE PROCESO	No. CTO:	6169	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil	LIDER DE PROCESO	No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	006324	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	1523
PERFIL:	QUIMICO FARMACÉUTICO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	SALUD PÚBLICA - VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Ocultar							
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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							
PIC VIGILANCIA SANITARIA AMBIENTAL SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K31P				$ 3.264.916	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3.264.916	TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS DIECISEIS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/05/2021				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
						1		
						2		
						3		
						4		
						5		
						6	JUNIO	$ 3.264.916
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.264.916	$ 3.264.916	$ 3.264.916	$ -

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	orientar e implementar las intervenciones asignadas como profesional en quimica farmaceutica con criterios de calidad a fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas y asignadas en el plan de intervenciones colectivas, el plan de salud territorial y el plan operativo institucional.	se realizaron visitas de inspección, vigilancia y control de 46 droguerias	Actividades de IVC
2	planear, ejecutatr y evaluar las acciones integrales en los diferentes espacios y/o componentes en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas, realizando las respectivas acciones de mejoramientp	se realizo la planeación, ejecución y evaluación de las acciones del componente dando cumplimiento a los lineamientos y fichas técnicas.	Actividades de IVC
3	Elaborar cronograma de trabajo de acuerdo a las acciones comtempladas en el proceso	se envia cronograma de actividades del mes de junio 2020 por correo electronico el dia 15 de mayo de 2020	Cronograma
4	Apoyar procesos de verificacion de prodcuctos para respuesta integradora de espacio de tranajo, teniendo en cuenta las caracteristicas de calidad, oportunidad y veracidad e informes segúnindicaciones técnicas impartidas	Entrega de informe de actividades al Lider Operativo de la linea de medicamentos seguros y presentacion de los soportes semanales de visitas a los establecimientos.	Informe de actividades
5	Realizar la revision de los lineamientos tecnicos dados por la secretaria de salud distrital y que son propios de su intervencion y realizar apropiación de los mismos	Asistencia a reuniones y tele-reuniones de la Linea de medicamentos seguros.	Actas de asistencia

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			

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	SI	PORVENIR	$ 908.526		
SALUD		FAMISANAR			
ARL	3	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	NO				$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	476300062173

ORLANDO DE JESUS RINCON RAMIREZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
8.689.760
CC. NO. CONTRATISTA

EDUARDO CASTILLO CASTILLO
NOMBRE DEL SUPERVISOR
LÍDER DE PROCESO

Vo Bo Contratista Líder OP

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
LIDER DE PROCESO

2021-02-12

CP-368641

seguros de vida alfa s.a.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
NIT 860503617-3

CERTIFICA QUE

El(a) señor(a) **RINCON RAMIREZ ORLANDO DE JESUS** identificado(a) con **CÉDULA** No.**8689760** es beneficiario(a) de una Póliza de Renta Vitalicia por **VEJEZ**, expedida en el mes de **Mayo** de **2018** .

Actualmente, **RINCON RAMIREZ ORLANDO DE JESUS** tiene derecho a recibir **MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS($1,985,885.00 MCTE.),** equivalente a un **100%** del valor total de la pensión, y recibe **13** mesadas durante el año, al cual aplicamos los descuentos a que haya lugar según la normatividad vigente para este tipo de pólizas y los adicionales debidamente autorizados por el beneficiario.

Para atender requerimientos e inquietudes tenemos habilitados los siguientes canales de comunicación: Línea Alfa en Bogotá al 3077032 o en el resto del país la línea nacional 01 8000 12 25 32, correo electrónico servicio al cliente: servicioalcliente@segurosalfa.com.co, la página web www.segurosalfa.com.co opción Contáctenos y la Oficina de Atención al Cliente en Bogotá o en las sucursales de Cali, Cartagena, Medellín.

Esta certificación se expide a solicitud de Seguros de Vida Alfa s.a. en Bogotá a los 11 días del mes de Junio del año 2021

Dirección de Rentas Vitalicias.

Renta:98240

******* INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *******
******* FIN DEL DOCUMENTO *******

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ORLANDO DE JESUS RINCON RAMIREZ identificado(a) con CC 8689760 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2018**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 11 días del mes de junio del año 2021 .

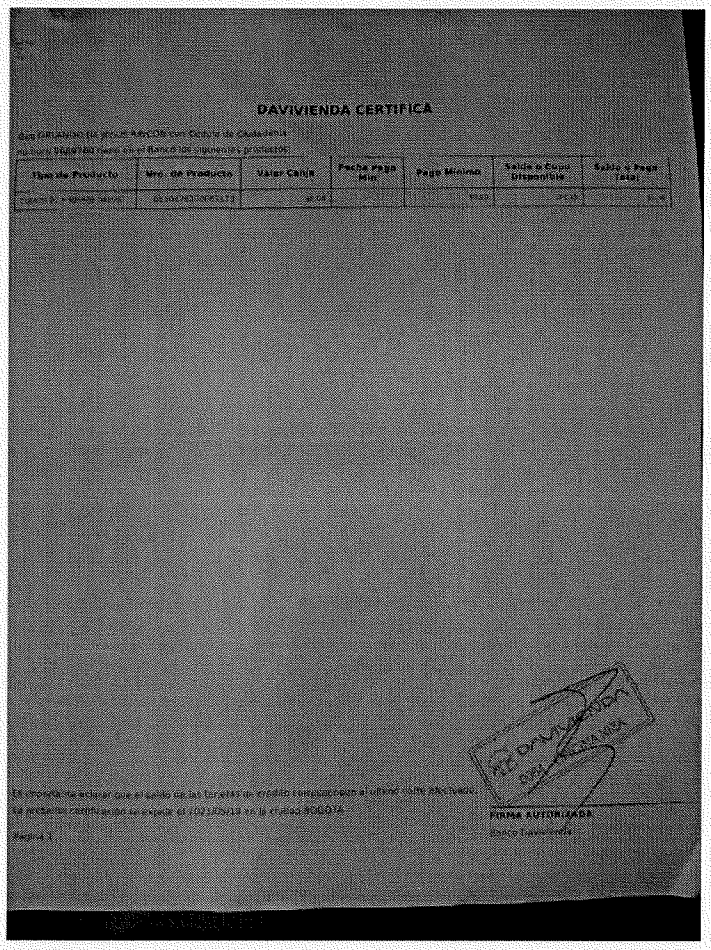
La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.



DAVIVIENDA CERTIFICA

Que actualmente posee en Nuestro Banco la(s) siguiente(s) obligación(es):

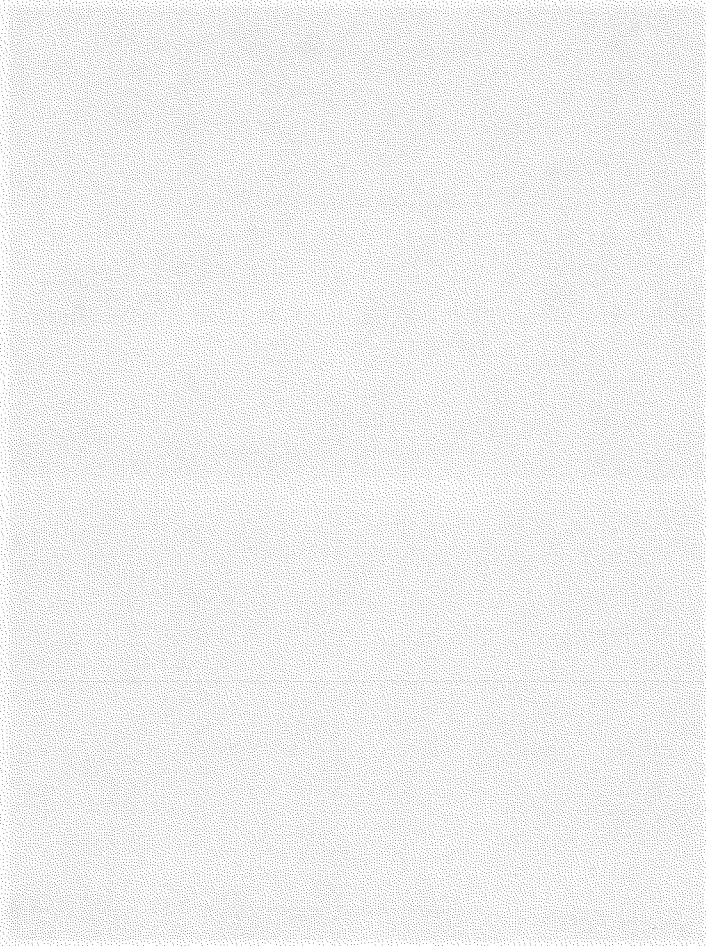
Tipo de Producto	Nro. de Producto	Valor Cuota	Fecha Pago Mes	Pago Mínimo	Saldo a Corte Inmediato	Saldo a Pagar Total
[illegible]	[illegible]	$0.00		$0.00	$0.00	$0.00

Es importante aclarar que el saldo de las tarjetas de crédito corresponde al último corte efectuado.

La presente certificación goza de validez por 30 días calendario contados a partir de la fecha de expedición.

FIRMA AUTORIZADA
Banco Davivienda

Página 1



ARL sura

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES VOLUNTARIOS

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

NIT: 890.903.790-5

Fecha de descarga: 12/06/2021 - 10:48:01

Código de verificación: 2021VI6C868976048123

Este formato será el documento que soportará el trámite de su afiliación a la ARL SURA, mientras se realizan los procesos internos correspondientes. Conserve la copia que le pertenece.
Inicio de cobertura: Si cumple con todos los requisitos legales, será al día siguiente de haber recibido la documentación en ARL SURA, en caso de haber programado un ingreso a futuro, la documentación deberá recibirse máximo un día antes de la fecha programada. Si se trata de un traslado de ARL, la fecha de inicio de cobertura se calculará de acuerdo a la normatividad vigente.

DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR

Documento
CC8689760

Nombres y Apellidos
ORLANDO DE JESUS
RINCON RAMIREZ

Fecha de nacimiento
16/03/1956

Sexo
M

Correo electrónico
orlandorincon16@gmail.com

Teléfono
8044518

EPS
EPS FAMISANAR LTDA

AFP
PORVENIR

Ingreso mensual
1,306,000

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Documento
CC32670655

Nombres y Apellidos
MODESTA NOEMI
JIMENEZ RINCON

Fecha de nacimiento
19/08/1960

Sexo
F

Dirección
BOGOTA D.C., BOGOTA, CR 59B BIS # 128B - 07 BLOQUE 6 APTO 301

Municipio
BOGOTA

Departamento
BOGOTA D.C.

Teléfono
8044518

Celular
3005903239

Correo electrónico
noemi-rinkon@hotmail.com

Vínculo con el trabajador
Cónyuge o Compañera(o) Permanente

INFORMACIÓN DE LA OCUPACIÓN U OFICIO DEL TRABAJADOR

Cód Ocupación	Ocupación	Clase de riesgo	Tasa de riesgo
2262	Farmacéuticos	3	2.436

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA