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:	01-may.-21	Hasta:	31-may.-21			
Nombre del Contratista:	JAMIDT INFANTE PEDRAZA		Cédula:	80054093			
Correo Electrónico:	noselodigo@hotmail.com		Teléfono(s):	3015609848			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:	5010	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004869	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	990
PERFIL:					
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	252		$ 8.227	$ 2.073.204	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:	$ 2.073.204	DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/05/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/09/2021	
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	Abril	$ 2.073.204
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.201.480	$ 10.201.480	$ 2.073.204	$ 8.128.276

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	PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA BASICA O MEDICALIZADA PARA L AUNIDAD FUNCIONAL DE ATENCION PREHOSPITALARIA, DURANTE EL TIEMPO DE DISPONIBILIDAD INDICADO EN SU PROPUESTA, CUMPLIENDO CON LOS ESTANDARES DE CALIDAD,OPORTUNIDAD Y CON LA NORMA DE HABILITACION DE SERVICIOS DE SALUD VIGENTE	SE PRESTAN SERVICIOS DE CONDUCTOR DE AMBULANCIA SEGUNN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUALES	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES MENSUALES
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 ENERADOS POR EL CRUE, GENERANDO OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE PACIENTES BAJO LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS	REGISTRO DE ATENCION BITACORA DE TRANSLADO
3	CUMPLIR CON EL PROCEDIMIENTO DE ENTREGA Y RECIBO DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES, CON REGISTRO DE NOVEDADES, ADEMAS DEL REPORTE DE NECESIDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES PARA GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LA MOVIL, VERIFICANDO Y SALVAGUARDANDO CADA UNO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS ASIGNADOS A LAS MOVILES AL RESPONSABLE DELEGADO POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCION PREHOSPITALARIA, ADEMAS DE CUMPLIR CON EL PORTE DE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACION INSTITUCIONAL (CHAQUETA, CAMISA, PANTALON, BOTAS Y CARNET), DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.	SE REALIZA LA ENTREGA Y RECIBO DE TURNO SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA SUB RED SUR	LIBRO DE ENTREGA Y RECIBO DE TURNO
4	DAR CUMPLIMIENTO A LOS DIRECCIONAMIENTOS DADOS POR LA DIRECCION CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CUMPLIENDO CON LOS TIEMPOS PARA LA ATENCION VALORACION Y TRASLADO EN EL PROGRAMA DE ATENCION PREHOSPITALARIA; CUMPLIR CON LAS INDICACIONES DEL LIDER DE LA TRIPULACION (MEDICO, EN MOVIL 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 EL DESPLAZAMIENTOS A LOS DIFERENTES DIRECCIONAMIENTOS DADOS POR EL CRUE CUMPLIENDO LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	BITACORA DE DESPLAZAMIENTOS

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

5	REVISAR VERIFICAR Y SALVAGUARDAR LOS ELEMENTOS QUE HACEN PARTE DE LA DOTACION DE HERRAMIENTAS Y DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD VIAL DE LA MOVIL A LA QUE SE ENCUENTRA ASIGNADA, CUMPLIR CON EL REGISTRO EN LOS FORMATOS DISEÑADOS FISICOS Y/O DIGITALES, VELANDO POR LA ADECUADA UTILIZACION DE LOS RCURSOS POR PARTE DEL EQUIPO MEDICO DURANTE LA ATENCION DEL PACIENTE, VERIFICAR Y SALVAGUARDAR CADA UNO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS Y DE COMUNICACION ASIGNADO A LAS MOVILES, ASI MISMO DAR UN CORRECTO USO A LOS ELEMENTOS TECNOLOGICOS (CELULAR INSTITUCIONAL, TABLET) ASIGNADOS A LAS AMBULANCIAS POR LA SUBRED PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES, ASI COMO GARANTIZAR EL USO PERMANENTE DE DICHOS DISPOSITIVOS PAR MANTENER UNA COMUNICACION EFECTIVA Y OPORTUNA CON LA LIDER DE LA UNIDAD FUNCIONAL O CON QUIEN ELLA DESIGNE, DAR RESPUESTA A LAS NOVEDADES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS QUE SE GENEREN DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	SE REALIZA CUSTODIA DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS ELEMENTOS ASIGNADOS A LA MOVIL	LIBRO DE NOVEDADES
6	CUMPLIR CON LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL FORTLECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL PROGRAMA DE ATECION PREHOSPITALARIA PROGRAMADAS POR EL DUES Y/O LA SUB RED SUR E.S.E.	SE ASISTE A LAS REUNIONES CONVOCADAS POR LA COORDINACION	LIBR DE ASISTENCIA
7	LAS DEMAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO	SE CUMPLEN CON LAS DEMAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA COORDINACION DEL PROGRAMA APH	LIBRO DE NOVEDADES, LIBRO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
8			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.875.756
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	50141258		
2021	4	2021	05	10			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS 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	COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	$ 149.300
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 116.600
ARL	4	SURA		$ -	
CAJA DE COMPENSACION	NO	-		$ 259.000	$ 265.900

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	452900106009

JAMIDT INFANTE PEDRAZA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
80.054.093
CC. NO. CONTRATISTA

LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80054093	JAMIDT INFANTE PEDRAZA	CALL 17 A SUR 30 60	3029311	noselodigo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	10/05/2021	50141258	$265.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	116.600	0		0		0	0	0	0	116.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	149.300	0	0	0	0	0	0		149.300	1

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	Valor 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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	116.600	116.600
Pensión	1	149.300	149.300
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	265.900	265.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80054093	JAMIDT INFANTE PEDRAZA	CALL 17 A SUR 30 60	3029311	noselodigo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	10/05/2021	50141258	$265,900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCI	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80054093	INFANTE PEDRAZA JAMIDT	3	0			N																	25-14	932,800	149,300	0	0	0	0	EPS008	932,800	116,600		0		0		0	3	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JAMIDT INFANTE PEDRAZA	**NIT:**	80054093
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2021
Número de Radicación:	50141258	**Total a pagar:**	$265,900
Fecha de vencimiento:	10/05/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	10/05/2021	**Número de Administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	984692838
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$149,300
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$116,600
						$265,900

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información