ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V6 |
|---|---|

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: 01-ago.-21 | Hasta: | 31-ago.-21 | | |
| Nombre del Contratista: | BELTRAN CASTILLO JEISON ALEXANDER | Cédula: | 1033736405 | | |
| Correo Electrónico: | javiercombita1033@gmail.com | Teléfono(s): | 3052511321 | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | | Cargo: | | Codigo-Grado: | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | DIANA LUCIA VALLARINO VILLARREAL | Perfil | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | No. CTO: | 1526-2021 |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | Cargo: | | Còdigo-Grado: | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | | Perfil | | No. CTO: | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 003105 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 122 |
| 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 | | | | | | | |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| SIRC | | SIRC | N11TS | 180 | | $ 7.962 | $ 1.433.160 | 100,00% |
| 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: | $ 1.433.160 | UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIENTO SESENTA PESOS |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 1/02/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/04/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2021-05-01 | 2021-06-30 | 1 | $ 4.347.252 | 1010 | 1 | | |
| 2 | 2021-07-01 | 2021-08-31 | 2 | $ 1.910.880 | 1577 | 2 | Febrero | $ 1.146.528 |
| 3 | 2021-09-01 | 2021-12-31 | 3 | $ 3.821.760 | 2180 | 3 | Marzo | $ 1.910.880 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 1.910.880 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 2.388.600 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 1.910.880 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 1.719.792 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 1.433.160 |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 5.875.356 | $ 15.955.248 | $ 12.420.720 | $ 3.534.528 |

## 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 servicio de apoyo a la Gestión en Conducción de ambulancia según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. | PAGO DE LOS APORTES DE SEGURIDAD | planilla de eps |
| 2 | Realizar adherencia a las recomendaciones, guías, protocolos y demás documentos de Secretaría Distrital de Salud (SDS), Secretaría Distrital de Movilidad y demás Entes Competentes que regulan la materia. | recibos de pago, paz y salvo Runt, Simit mensual | copia mensual de paz y salvo y/o acuerdos de pago |
| 3 | Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos institucionales y adherirse a los mismos, garantizando las normas universales de bioseguridad | SE APLICAN NORMAS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN LO ESTIPULADO | libro de bitacora |
| 4 | Mantener en óptimas condiciones higiénico sanitarias y de bioseguridad la ambulancia. | REALIZAR ENTREGA DE LA MOVIL DEBIDAMENTE ORGANIZADA Y ASEADA AL COMPAÑERO QUE RECIBA TURNO | formato cambio de turno |
| 5 | Gestionar según programación mantenimiento preventivo y correctivo de la ambulancia. | se realiza diligenciamiento de formato establecido por la coordinacion para la solicitud a tiempo de mantenimiento preventivo y correctivo de la unidad movil | formato de solicitud |
| 6 | Cumplir con las normas de tránsito establecidas en la normatividad legal vigente. | INFORMAR A LA COORDINACION LAS NOVEDADES DEL FUNCIONAMIENTO DEL VEHICULO, SE REGISTRA EN EL LIBRO DE ENTREGA DE TURNO | LIBRO DE CONDUCTORES |
| 7 | Apoyar a la Tripulación cuando se requiera. | apoyar a los compañeros tripulantes durante el turno en actividades que requieran de su colaboracion teniendo en cuenta la seguridad de la unidad movil | historia clinica |
| 8 | Mantener actualizado el registro de la bitácora de novedades. | INFORMAR A LA COORDINACION LAS NOVEDADES DEL FUNCIONAMIENTO DEL VEHICULO, SE REGISTRA EN EL LIBRO DE ENTREGA DE TURNO | libro de novedades |
| 9 | Seguir orientaciones, recomendaciones, contestación oportuna de la frecuencia de radio, de acuerdo a coordinación de la Tripulación. | estar atento a la frecuencia en compañia de la tripulacion de la unidad movil para dar respuesta oportuna a el llamado del despacho | historia clinica y bitacora de despachos |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V6 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | Permanecer en la base indicada por Secretaria Distrital de Salud hasta el despacho correspondiente. | estar a disponibilidad de la secretaria de salud en la base asignada por el centro regulador de emergencias | actas de verificacion y seguimientos a las unidades moviles |
| 11 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | direccionamiento brindado por la jefe del area | actas de cumplimiento |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

## 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 | | | |
| 2021 | 7 | 2021 | 08 | 10 | 1039105216 | | $ 1.719.792 |

| | |
|---|---|
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS | UN MILLON SETECIENTOS DIECINUEVE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOS 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 | proteccion | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| SALUD | | sanitas | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 4 | sura | | $ - | |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 259.000 | $ 259.000 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 4800406086 |
|---|---|---|---|---|---|

BELTRAN CASTILLO JEISON ALEXANDER
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.033.736.405
CC. NO. CONTRATISTA

DIANA LUCIA VALDERRAMA VILLARREAL
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-08-10, 01:28:30 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1039105216

**Periodo Cotización:** julio de 2021 **Periodo Servicio:** julio de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8820325140

## PAGADO 10/08/2021

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JEISON ALEXANDER BELTRAN CASTILLO | | |
| **Documento** | CC1033736405 | **Dirección** | TV 63 SUR #68 B - 90 MADELENA |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3052511321 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

## 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 1033736405 | JEISON ALEXANDER BELTRAN CASTILLO | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 908.526 | $ 145.400 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 908.526 | $ 113.600 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (CCF21) CAFAM | $ 908.526 | $ 18.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 277.200 |

## 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 | $ 0 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 0 | $ 18.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 277.200 | $ 0 | $ 277.200 |



Líneas 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.