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: 19-oct.-21		Hasta:	31-oct.-21	
Nombre del Contratista:	Alexander llanos triana		Cédula:	80129892	
Correo Electrónico:	alexandrollanotriana@gmail.com@gmail.com		Teléfono(s):	3024509208	
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:
Nombre del Supervisor - Contratista:	ARGEMIRO RINCON ORTIZ		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO: 7171
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	007555	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	2986
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO				
UNIDAD DE SERVICIOS :	SANTA MARTA				

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							$ -	
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Ocultar							
#N/A		SANTA MARTA	K33PI016				$ 967,391	
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES: $ 967,391 — NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		10/19/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	11/30/2021	
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		
						7		
						8		
						9		
						10	OCTUBRE	$ 967,391
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2,232,442	$ 2,232,442	$ 967,391	$ 1,265,051

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	e Cuidado Semanal	familias priorizadas desde la SDS en las UPZ asignadas en el territorio	de datos de caracterización familiar de las familias abord
2	Entregar el plan de Cuidado Familiar a las familias con	seguimiento familias asignadas de acuerdo a los territorios asignados	de datos de caracterización familiar de las familias abord
3	Organizar los soportes documentales de	capacitacion,induccion a equipos territoriales	e caracterizacion familiar y acta de participacion en comité
4	Realizar las actividades de acuerdo con lo	Diligenciamiento y entrega con calidad de base de datos de caracterización familiar.	Base de datos, actas
5	Registrar oportunamente la informacion	el equipo de salud territorial en relación a hallazgos o gestiónes requeridas de acuerdo a	a de comité de cuidado con hallazgos y gestiones requeric

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

6	Gestionar citas con familiar que requieran una	Canalizaciones según necesidad	Formato de canalizaciones
7	Las demas que sean concertadas con el supervisor	Canalización a las distintas RIAS según necesidad	Formato de canalizaciones
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	#NAME?

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		
SALUD		famisanar			
ARL	4	SURA			
CAJA DE COMPENSACION					

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	davivienda	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4000174088

Alexander llanos triana
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
80,129,892
CC. NO. CONTRATISTA

ARGEMIRO RINCON ORTIZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

2021-02-12

Famisanar EPS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT: San Antonio

Fecha de Radicación: 19 10 2021

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cab... • Beneficiario ...
Cabeza de Familia ☒ Cabeza de familia ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Especial ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS): ☐

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
LLANOS	TRIANA	ALEXANDER	N/A

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 80 29892
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento: 14 08 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Ninguna ☒ Cuál ☐
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL:
16. Administradora de pensiones: PROTECCION 3024509208
17. Número de radicación - IBC: 108.528
18. Residencia: CLL 64# 19-09
Bogotá
Zona: Urbana ☐ Rural ☐
Ciudad Bolivar Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres:
20. Tipo de documento de identidad:
21. Número del documento de identidad:
22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
23. Fecha de nacimiento:

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre									
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

Datos complementarios

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B	COLSUBSIDIO 20 DE JULIO	6929
1		
2		
3		
4		
5		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: ALEXANDER LLANOS TRIANA
36. Tipo de documento de identificación:
37. Número del documento de identificación: 3024509208
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): alexandrollanotriana@gmail.com
39. Ubicación: CLL 64# 19-09 - BOGOTA CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de los datos de identificación ☐ 3. Actualización de información de identificación ☐ 4. Actualización en el reconocimiento de dependientes ☐ 5. Inclusión de beneficiarios o afiliados adicionales ☐ 6. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 7. Terminación de la afiliación por fallecimiento ☐
8. Traslado entre EPS ☐ Código: ☐ 9. Reingreso a la EPS ☐ 10. Terminación de la relación laboral o contractual de los cotizantes dependientes o de la cabeza de familia ☐ 11. Suspensión por no pago ☐ 12. Terminación de una vinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Traslado a otra entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 14. Traslado a Mismo Régimen ☐ 15. Traslado a Diferente Régimen ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 19. Reporte de fallecimiento ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad:
Número del documento de identidad:
42. Fecha novedad: 19 10 2021
43. EPS anterior: FAMISANAR
Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
Fecha de nacimiento:
44. Motivo de traslado: Código:
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de causas de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que soportan la condición de beneficiarios
49. Declaración de la información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere en la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades publicas del sistema que lo requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☒ PA ☐ CE ☐ SC ☐ NUI ☐ Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la partida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dependientes.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio: ☐ Código del departamento: ☐
67. Datos del SISBEN: Número de la ficha: ☐ Puntaje: ☐ Nivel: ☐
68. Fecha de radicación:
69. Fecha de validación:
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad: ☐ Número del documento de identidad:
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: ASOCIADO COTIZANTE INDEPENDIENTE

DAS16424 Famisanar 19 OCT. 2021 1520

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LLANOS TRIANA ALEXANDER** identificado(a) con **CC** número **80.129.892** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de enero de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de octubre de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20211021111454

ARL | sura

Medellín, 20 de octubre de 2021

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

CERTIFICA:

Que ALEXANDER LLANOS TRIANA identificado(a) con cédula de ciudadanía 80129892 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 20/10/2021 **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:
C801298922129375169

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: 20/10/2021 9:52 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

CERTIFICACIÓN

Bogotá
COLOMBIA

2021/08/02

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ALEXANDER LLANOS TRIANA** con **Cédula de Ciudadanía** número **80129892** posee en el Banco Davivienda:

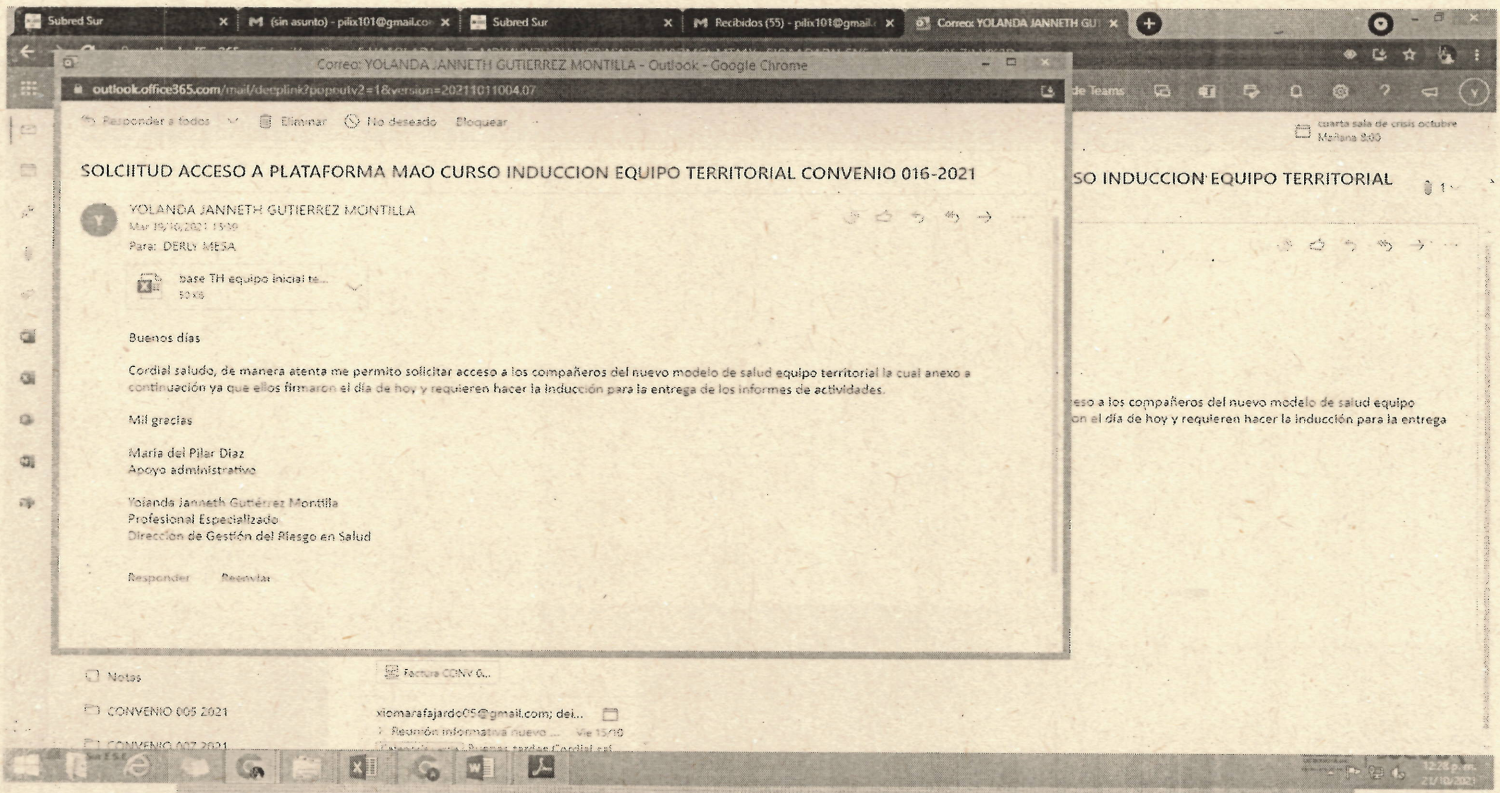
CUENTA DE AHORROS DAMAS

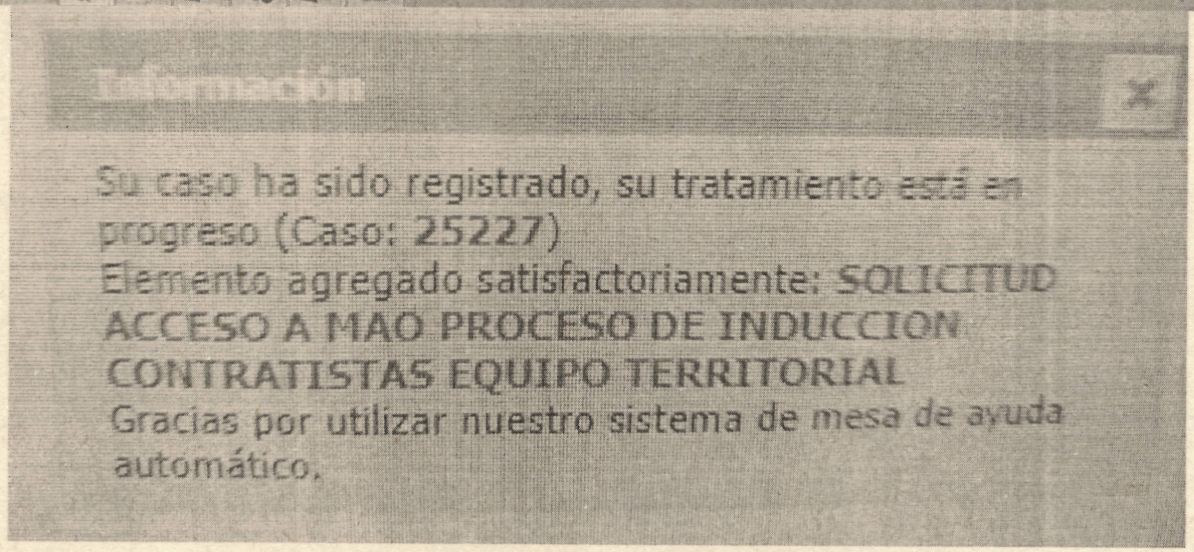
Número:	**004000174088**
Saldo a la Fecha:	**$ 8,738.35 Pesos**
Fecha apertura:	**2012/03/01**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


Correo: YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA - Outlook - Google Chrome
outlook.office365.com/mail/deeplink?popoutv2=1&version=20211011004.07
Responder a todos
Eliminar
No deseado
Bloquear
SOLCIITUD ACCESO A PLATAFORMA MAO CURSO INDUCCION EQUIPO TERRITORIAL CONVENIO 016-2021
YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
Para: DERLY MESA
base TH equipo inicial te...
50 KB
Buenos días
Cordial saludo, de manera atenta me permito solicitar acceso a los compañeros del nuevo modelo de salud equipo territorial la cual anexo a continuación ya que ellos firmaron el día de hoy y requieren hacer la inducción para la entrega de los informes de actividades.
Mil gracias
María del Pilar Diaz
Apoyo administrativo
Yolanda Janneth Gutiérrez Montilla
Profesional Especializado
Dirección de Gestión del Riesgo en Salud
Responder
Reenviar
SO INDUCCION EQUIPO TERRITORIAL
eso a los compañeros del nuevo modelo de salud equipo
on el día de hoy y requieren hacer la inducción para la entrega
Notas
CONVENIO 005 2021
CONVENIO 007 2021


Su caso ha sido registrado, su tratamiento está en progreso (Caso: 25227)
Elemento agregado satisfactoriamente: SOLICITUD ACCESO A MAO PROCESO DE INDUCCION CONTRATISTAS EQUIPO TERRITORIAL
Gracias por utilizar nuestro sistema de mesa de ayuda automático.