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:	13-ene-22	Hasta:	31-ene-22			
Nombre del Contratista:	JERSON FABIAN GONZALEZ SORA		Cédula:	1022359662			
Correo Electrónico:	fabiangonzalezsora@gmail.com		Teléfono(s):	3176808062			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:			Codigo-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	JEISON RODRIGO PARRA TRIANA		Perfil	LIDER DE PROCESO		No. CTO:	6070
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:			Código-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil			No. CTO:	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	1076-2022	Año Contrato:	2022	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	158
PERFIL:	PROFESIONAL 2 LIC EDUCACION FISICA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	SALUD PUBLICA - ENTORNO COMUNITARIO CUIDADOR				

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 ESPACIO PUBLICO SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K30P!				$ 2.176.610	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2.176.610	DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		13/01/2022				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2022	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1	Enero	$ 2.176.610
						2		
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 13.059.662	$ 13.059.662	$ 2.176.610	$ 10.883.052

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	Realizar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) en alimentación saludable, actividad física, salud sexual y reproductiva, salud mental, medio ambiente, lavado de manos, uso adecuado de elementos de protección personal y educación en Índice Bogotano de Calidad de Aire (IBOCA).	Durante el mes de Enero se realiza 10 acciones Artisticas para la Promoción de la Culturadel cuidado de la Salud,en el marco de las recomendacionesde la OMS en las personas que se encuentran en los diferentes escenarios del espacio público concertado en el cronograma.	Acta y listado
2	Identificar en el entorno barrial comunitario, las diferentes dinámicas sociales, mediante proceso de observación y análisis del contexto socio ambiental. Orientar acciones diferenciales para el cuidado y prevención del contagio de covid-19 en poblaciones general y diferencial.	Realizar apoyo de Acciones Artisticas y de actividad fisica para la Promoción del Cuidado de la salud en el mes de Enero. En el marco de las recomendaciones de la OMS dentro del entorno cuidador comunitario a diferentes personas de orden cronológico de edad, apoyo a intervenciones artísticas y deportivas con diferentes	Acta y listado
3	Implementar estrategias lúdicas pedagógicas para generar mensajes de recordación en acciones promoción y prevención en salud	Planear e identificar y ejecutar Acciones Artisticas y deportivas para la Promoción del Cuidado de la Salud los puntos o lugares donde se realizaran las acciones artísticas en los diferentes escenarios de las localidades de la subred sur E.S.E. Usme , Ciudad Bolívar, Tunjuelito, para el mes de enero en las temáticas de alimentación saludable, actividad física, salud mental, protocolos de Bioseguridad enfermedades	Acta y listado

4	Desarrollar puestas en escena artísticas (teatro callejero) en el espacio público	Elaboracion de muestras teatrales y libretos en el mes de Enero con cada una de las temáticas priorizadas por SDS Secretaria Distrital de Salud	Libretos
5	Socializar e implementar las líneas de la política en salud ambiental.	Elaboracion de muestras teatrales y libretos en el mes de Enero con cada una de las temáticas priorizadas por SDS Secretaria Distrital de Salud	Acta y listado
6	Desarrollar y gestionar estrategias de recuperación de puntos críticos en salud socio ambiental	Se realiza las Acciones artísticas para la promoción del cuidado de la salud en el mes de Enero en los diferentes escenarios del entorno del cuidado comunitario en promoción y prevencion socializando por medio de muestras artisticas las lineas de	Acta y listado
7	Identificar condiciones y factores que afectan positiva o negativamente las posibilidades sociales de distanciamiento o confinamiento mediante la aplicación del Instrumento de caracterización entregado por la Secretaría Distrital de Salud (SDS).	Se realiza recorrido e identificación de puntos o lugares donde se realizaran las Acciones artísticas para la promoción de la cultura del cuidado de la salud en el mes de enero en los diferentes escenarios del entorno cuidador comunitario en promoción y prevención socio ambiental	Acta
8	Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	Se da cumplimiento a las acciones artisticas para la promoción de la cultura del cuidado de la Salud para el mes de Enero entrega de productos con calidad veracidad la cual se realiza semanalmente sistematización,diligenciamiento de informes.	Acta, matriz, drive
9	Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados	Se da cumplimiento al proceso de gestión documental en el mes de Enero, por medio de trabajo administrativo lo cual permite la organización y entrega oportuna de actas listados de asistencia listados de acciones colectivas revisión desde informe matriz y	Acta, matriz, drive
10	Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC	Participación de reuniones internas del equipo de acciones artisticas para la promoción de la cultura del cuidado de la salud del entorno cuidador comunitario en el mes de enero, asistencias técnicas (SDS)Secretaria Distrital de salud, para el fortalecimiento y planeación de las acciones artísticas para la promoción de la	Acta
11			
12			
13			
14			
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: 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		
SALUD		SANITAS			
ARL	3	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	NO				$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	24087610215

JERSON FABIAN GONZALEZ SORA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.022.359.662
CC. NO. CONTRATISTA

JEISON RODRIGO PARRA TRIANA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
LIDER DE PROCESO

Jeisson Rodrigo Parra Triana
C.C. 80724763
Referente Publico

#¡REF!
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

153183251

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación / B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual / B. Colectiva / D. De Oficio / C. Cotizante o Cabeza de Familia / E. Beneficiario o Afiliado adicional / F. Institucional

3. Régimen: A. Contributivo / B. Subsidiado

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)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad: CN / TI / CE / CD / RC / CC / PA / SC

8. Número del documento de identidad

9. Sexo: Femenino / Masculino

10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo F N M / Condición T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia: Dirección / Teléfono Fijo / Teléfono Celular / Correo Electrónico / Municipio / Distrito / Zona: Urbana Rural / Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BÁSICOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN / TI / CE / CD / RC / CC / PA / SC

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: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de Residencia: Municipio Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

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		
B		
B		

Escaneado con CamScanner

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación NIT TI CE CC PA CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

C. DATOS DE LA PERSONA A AFILIAR

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identificación CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

D. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Trabajadores Independientes.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que le impiden cotizar oportunamente al sistema.
- [ ] 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga copia de la historia clínica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y del registro de novedades y copia de todos los afiliados a cargo, a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales de conformidad con la Ley Estatutaria 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.

E. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

F. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad.
- [ ] 57. Copia del dictamen de calificación de invalidez emitido por la entidad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, sentencia judicial o acta de conciliación expedida por el juez de familia.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la unión marital de hecho, o copia de la declaración extrajudicial ante notario o juez de familia, o copia de la 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. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la EPS de origen o copia del FUT.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o resolución de las autoridades competentes de [illegible]

G. VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBEN
Número de Ficha | Puntaje | Área

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado autoriza [illegible]

Nombre, identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

EPS Sanitas
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
23 DIC 2021
RECIBIDO POR:

3759000
OP1

Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JERSON FABIAN GONZALEZ SORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.359.662**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Diciembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el (los) cliente:

JERSON FABIAN GONZALEZ SORA Identificado con CC 1022369960

Actualmente tiene(n) Cuentamiga radicada(s) en la oficina RESTREPO con las siguientes caracteristicas:

Numero	24087610215
Fecha de apertura	14 de Agosto de 2015
Condiciones de uso	Individual - Firma Hasta 2 salidas (Numeradas 6 y 10 de 10) - Sin pin débito
Estado	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE, el 22 del mes Diciembre de 2021

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

Escaneado con CamScanner