| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS | SIASUN |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2022-11-01 | **Hasta:** | 2022-11-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | FERNANDO ORTIZ VARGAS | | **Número de Documento:** | 91206516 | |
| **Correo Electrónico:** | ortizvragas2804@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3015854601 | |
| **Nombre del Supervisor:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | **Cargo:** | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3785-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 467 |
| **Perfil:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS BETANIA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N04UH | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS BETANIA | 186 | 0 | 8395 | $1561470 | 93.9% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1561470** | **UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTAPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2022-02-01 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-12-31 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | FEBRERO | $ 1561470 | |
| 2 | MARZO | $ 1561470 | |
| 3 | ABRIL | $ 1561470 | |
| 4 | MAYO | $ 1561470 | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 5 | JUNIO | $ 1561470 |
| 6 | JULIO | $ 1561470 |
| 7 | AGOSTO | $ 1561470 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1561470 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1561470 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 38230830** | **$ 38230830** | **$ 14053230** | **$ 24177600** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) acorde con la Lex Artis, segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes | -Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud, según el perfil | -Programación por parte del profesional de enlace, cronograma de procedimientos, planillas de limpieza y desinfección. |
| 2 | Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria | -Apoyo a la demanda inducida, apoyo en los procedimientos de enfermería, cumplir con protocolos de desinfección de los consultorios | -Charlas, actas correos, formatos de asistencia |
| 3 | Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demàs criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente | -Realizar oportunamente las notas de enfermeria, en las historias clinicas de cada usuario, teniendo en cuenta todas las normas y protocolos | -Historia clínica, DINAMICA |
| 4 | Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guias, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad | -Realizar Pre crítica y actualización de bases de datos, seguimiento a usuarios | -Bases de datos |


***© Siasur - 2022***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución. | -Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud y las RIAS | -Resolución de casos y disminución de quejas. |
| 6 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Cuidar y solicitar oportunamente los insumos para no afectar el servicio. | -Mesa de ayuda GLPI, notificación de evento adverso, correos electrónicos |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 1561470 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1049739977 | | |
| 2022 | OCTUBRE | 2022 | 11 | 23 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTAPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | COLFONDOS | $ 1000000 | $ 160000 | $ 160000 |
| Salud | | SURA | | $ 125000 | $ 125000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 24360 | $ 24400 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 290220 | $ 309400 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 450770029012 |
|---|---|---|---|---|---|

**FERNANDO ORTIZ VARGAS**
**91206516**

**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**
**DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS**


***© Siasur - 2022***

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2022-11-24, 04:10:27 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1049739977

**Periodo Cotización:** octubre de 2022 **Periodo Servicio:** octubre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8848735980

**PAGADO 23/11/2022 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | FERNANDO ORTIZ VARGAS | | |
| **Documento** | CC91206516 | **Dirección** | CALLE 72 A BIS SUR # 14 Y 21 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3015854601 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## 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 | Aporta Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 91206516 | FERNANDO ORTIZ VARGAS | 59 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 0 | (NIN-AF) NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.000.000 | $ 125.000 | 2,436 | $ 1.000.000 | $ 24.400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 149.400 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 0 | $ 1.000.000 | $ 1.000.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 24.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 149.400 | $ 3.100 | $ 152.500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - 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.

1 informacion general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 documentos del contrato
6 informacion presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 cumplimientos

cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Si ◉ No

| identificación de pago | número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Febrero 3785-2022 (1).pdf | Febrero 3785-2022 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Marzo_3785-2022.pdf | Marzo_3785-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL_3785-2022 (1).pdf | ABRIL_3785-2022 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO 3785-2022.pdf | MAYO 3785-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO_3785-2022.pdf | JUNIO_3785-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO_3785-2022.pdf | JULIO_3785-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO 3785-2022.pdf | AGOSTO 3785-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 3785-2022.pdf | SEPTIEMBRE 3785-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | OCTUBRE 3785-2022.pdf | OCTUBRE 3785-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Colfondos
del grupo HABITAT

**COLFONDOS S.A PENSIONES Y CESANTIAS**
**NIT. 800.149.496-2**
**Dirección: Calle 67 No. 7-94**
**Teléfono: 3765066**

**En su calidad de Administradora de los Fondos:**

| | |
|---|---|
| **Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Moderado** | **NIT. 800.227.940-6** |
| **Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Conservador** | **NIT. 900.391.696-3** |
| **Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Mayor Riesgo** | **NIT. 900.391.900-5** |
| **Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Retiro Programado** | **NIT. 900.391.901-2** |

**CERTIFICA QUE:**

El afiliado **FERNANDO ORTIZ VARGAS** identificado con cédula de ciudadanía número **91.206.516, SI** cumple con los requisitos para pensionarse por vejez, conforme lo establecido en el artículo 65 de la ley 100 de 1993 y teniendo que cumple con los requisitos para solicitar pensión de vejez por garantía de pensión mínima.

Sin embargo, a la fecha el afiliado, no ha realizado la solicitud formal de estudio y reconocimiento de tramite de pensión ante Colfondos S.A.

El presente certificado se expide bajo los siguientes parámetros:

- Este documento no constituye reconocimiento de la pensión de vejez ni se emite como respuesta
- Es emitido con fines estrictamente informativos y para uso exclusivamente fiscal en los términos del artículo 126-1 del Estatuto Tributario Nacional en lo relacionado con los aportes realizados a partir del 1 de enero de 2013 con las limitaciones de ley. Es responsabilidad del afiliado consultar con sus asesores contables, legales y tributarios el tratamiento correspondiente a su situación particular.
- Queda sujeto al cumplimiento de las normas antiabuso consagradas en al Artículo 869 del Estatuto Tributario.
- La vigencia del documento es de tres (3) meses contados a partir de la fecha de expedición, es decir hasta el 20 de agosto de 2022.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a solicitud del afiliado el día diecinueve (20) del mes de mayo del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

**Allinson Andrea Sarmiento Mayorga**
Directora de Servicio al Cliente
Elaboró G.P.D.- Servicio al Cliente

"Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigir en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones el afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico (defensoriadelconsumidor@colfondos.com) Principal: Dr. José Guillermo Peña Gonzalez, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira. Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá. Tel.: (601) 213 13 70 y (601) 213 13 22. Celular: 321 924 04 79. Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua."