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	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-11-01	**Hasta:**	2022-11-30	
Nombre del Contratista:	VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ		**Número de Documento:**	80897947	
Correo Electrónico:	alfonsobarbosadias@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3138322864	
Nombre del Supervisor:	LENI RODRIGUEZ MORALES	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2571-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	427
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (TRASLADOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	SIRC				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
N11TS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	TRASLADO SECUNDARIO	240	0	8241	$1977840	98.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1977840**	**UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-04-01	2022-07-31	1	$ 4845708	1076
2	2022-07-01	2022-09-30	2	$ 4697370	1953
3	2022-08-01	2022-09-30	3	$ 1977840	2326
4	2022-09-01	2022-09-30	4	$ 247230	2687

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2022-10-01	2022-10-31	5	$ 2589060	2799
6	2022-11-01	2022-12-31	6	$ 1531440	3334

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 1977840
2	MARZO	$ 2225070
3	ABRIL	$ 1977840
4	MAYO	$ 1977840
5	JUNIO	$ 1977840
6	JULIO	$ 2966760
7	AGOSTO	$ 2225070
8	SEPTIEMBRE	$ 2142660
9	OCTUBRE	$ 1977840

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6032412	**$ 21921060**	**$ 19448760**	**$ 2472300**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicio de apoyo a la Gestiòn en Conducciòn de ambulancia segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	-Prestar servicios como conductor de ambulancia en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.	-Bitácora de traslados, historias clínicas, libro de novedades.
2	2). Realizar adherencia a las recomendaciones, guias, protocolos y demás documentos de Secretaria Distrital de Salud (SDS), Secretaria Distrital de Movilidad y demàs Entes Comptentes que regulan la materia.	-Se asiste a las capacitaciones realizadas por el área de transportes de la Subred, se adjuntan recibos de pago, paz y salvo Runt, Simit mensual.	-Listados de asistencia capacitaciones, copia mensual de paz y salvo y/o acuerdos de pago.
3	3) Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guìas, procedimientos institucionales y adherirse a los mismos, garantizando las normas universales de bioseguridad	-Se aplican normas de bioseguridad según lo estipulado danto cumplimiento a los protocolos de bioseguridad establecidos por la Subred.	-Libro de bitácora

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	$ 1977840
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82844259		
2022	OCTUBRE	2022	11	10			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud		FAMISANAR		$ 125000	$ 125000
ARL	4	SURA		$ 0	$ 0
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 285000

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4570204463

Victor Barbosa

VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ
80897947

LENI RODRIGUEZ MORALES
ENFERMERO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4). Mantener en òptimas condiciones higiènico sanitarias y de bioseguridad la ambulancia.	-Realizar entrega de la móvil debidamente organizada y aseada al compañero que reciba turno, siguiendo los protocolos de limpieza y desinfección de la Subred.	-Formato cambio de turno
5	5) Gestionar segùn programaciòn mantenimiento preventivo y correctivo de la ambulancia.	-Se realiza diligenciamiento de formato establecido por la coordinación para la solicitud a tiempo de mantenimiento preventivo y correctivo de la unidad móvil.	-Formato de solicitud
6	6) Cumplir con las normas de tránsito establecidas en la normatividad legal vigente	-Informar a la coordinación las novedades del funcionamiento del vehículo, se registra en el libro de entrega de turno.	-Libro de conductores
7	7) Apoyar a la Tripulaciòn cuando se requiera.	-Apoyar a los compañeros tripulantes durante el turno en actividades que requieran de su colaboración teniendo en cuenta la seguridad de la unidad móvil.	-Historia clínica
8	8) Mantener actualizado el registro de la bitácora de novedades.	-Informar a la coordinación las novedades del funcionamiento del vehículo, se registra en el libro de entrega de turno	-Libro de novedades
9	9). Seguir orientaciones, recomendaciones, contestación oportuna de la frecuencia de radio, de acuerdo a coordinación de la Tripulaciòn.	-Estar atento a la frecuencia en compañía de la tripulación de la unidad móvil para dar respuesta oportuna al llamado del despacho	-Historia clínica y bitácora de despachos
10	10) Permanecer en la base indicada por Secretaria Disitrital de Salud hasta el despacho correspondiente.	-Estar a disponibilidad de la Subred Sur, al jefe de Referencia y contrarreferencia según las indicaciones dadas desde la coordinación del área.	-Actas de verificación y seguimientos a las unidades móviles
11	11) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Direccionamiento brindado por la jefe del área	-Actas de cumplimiento

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	80897947	VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ		Rural UNION SUMAPAZ	0000000	alfonsobarbosadiaz@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	
2022-10	2022-10	I	10/11/2022	62844259	$285.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
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	285.000	285.000

COPIA

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

Menú

Ir a

... → Ver contrato

Datos guardados

Cancelar

Evalu...

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje: Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	20220228093445711.pdf	20220228093445711.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	victor barbosa.pdf	victor barbosa.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	victor barbosa mayo.pdf	victor barbosa mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	victor barbosa 7.pdf	victor barbosa 7.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	victor barbosa - pdf	victor barbosa - pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	victor barbosa_.pdf	victor barbosa_.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

Evaluar