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	SINASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-01-01	**Hasta:**	2023-01-31	
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
10	NOVIEMBRE	$ 1561470
11	DICIEMBRE	$ 1736592

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 38230830	**$ 38230830**	**$ 17351292**	**$ 20879538**

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 clinica, 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 - 2023

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

© Siasur - 2023

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	$ 1736592
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1052118629		
2022	DICIEMBRE	2023	01	26			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOSPESOS		

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 - 2023

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-01-26, 02:30:35 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1052118629

Periodo Cotización: diciembre de 2022 **Periodo Servicio:** diciembre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8872951070

PAGADO 26/01/2023

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	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 91206516	FERNANZO 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	$ 3.600	$ 153.000

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellin: 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.

Powered by CamScanner

FORMATO DE SOLICITUD DE PENSIÓN DE VEJEZ

Ciudad: BOGOTA, D.C.	Fecha de solicitud: 13 de enero de 2023	Oficina: OFICINA CENTRO

1. TIPO DE SOLICITUD
Tipo de Pensión Normal

2. INFORMACIÓN PERSONAL DEL AFILIADO

Tipo de documento de identificación:	Cedula de ciudadanía	Fecha de nacimiento:	28/4/1960
Número de documento:	91206516		
Primer apellido:	ORTIZ	Sexo:	Masculino
Segundo apellido:	VARGAS	Departamento de Nacimiento:	SANTANDER
Primer nombre:	FERNANDO	Ciudad de Nacimiento:	PIEDECUESTA
Segundo nombre:			
Dirección correspondencia:	CL 72 SUR 14 X 20	Teléfono correspondencia:	3015854601
Ciudad:	BOGOTA, D.C.	Número de celular:	3015854601
Departamento:	BOGOTA D.C	Número de celuar2:	
Correo electrónico:	ORTIZVARGAS2804@GMAIL.COM		
Estado civil:	Unión libre desde 15/6/2017		

Colfondos OF CENTRO BOGOTA
CAJA 3 13 ENE 2023 CAJA 3
RECIBIDO

Powered by CamScanner

5. DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN HISTORIA LABORAL

Manifiesto que estoy de acuerdo con la historia laboral de aportes realizados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), los cuales corresponden a: 424 semanas cotizadas a COLFONDOS, 688 semanas a OTRAS AFP y que estoy de acuerdo con la historia laboral de aportes realizados al Régimen de Prima Media, los cuales corresponden a COLPENSIONES con 682 semanas.

TOTAL HISTORIA LABORAL 1.794 semanas.

Declaro que he realizado cotizaciones para pensión en alguno de los siguientes países: España, Chile, Ecuador, Uruguay y Argentina. SI ( ) NO (X)

(Lo que ratifico con mi firma suscrita al final de éste formulario)

Colfondos
OF. CENTRO BOGOTÁ
CAJA 3 10 ENE 2020
RECIBIDO

6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo previsto en la Ley 1581 de 2012, Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías (en Adelante "Colfondos"), actuando en su condición de responsable del tratamiento le informa que con el diligenciamiento de este documento usted autoriza de manera previa, expresa, inequívoca e informada a Colfondos para el tratamiento de sus datos personales. Colfondos podrá recolectar, almacenar, circular, suprimir, transmitir o transferir nacional o internacionalmente sus datos personales para el cumplimiento de las siguientes finalidades:

1) Asociar, vincular, completar, consultar, enlazar, atar, usar, relacionar, reunir, y juntar la información relacionada a su identidad como beneficiario de pensión,

2) Proveerle al cliente, beneficiario o afiliado, diferentes opciones para solicitar y acceder a los productos;

3) Dar cumplimiento de la obligación legal o contractual relacionada con el producto adquirido;

4) Gestionar la solicitud de pensión conforme a los requisitos normativos y legales para que la misma sea otorgada; así como los trámites que de esta decisión se deriven, tales como el pago de una devolución de saldos o ingreso a la nómina de pensionados y su respectiva administración (trámite de novedades, pago mensual, actualizaciones/modificaciones de datos como cuenta bancaria, EPS, caja compensación, libranzas, entre otras) o el traslado a renta vitalicia.

Asimismo, declaro que entiendo y manifiesto que he sido informado por Colfondos S.A. de lo siguiente:

1. Que es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

2. En caso de haber suministrado información de menor(es) de edad, quien se obliga a diligenciar, firmar y autorizar el presente documento, debe ser el padre, madre o representante legal del menor, recordando que la información entregada del mismo se realizará bajo las medidas de seguridad pertinentes y el tratamiento de los datos personales del menor de edad siempre se harán conforme al respecto y resguardo del interés superior del menor de edad.

3. Que usted podrá revocar su consentimiento y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales (derechos "ARCO"), en los siguientes canales de atención: Líneas de atención

Powered by CamScanner

en Bogotá (Tel. 7484888), Barranquilla (Tel. 3869888), Bucaramanga (Tel. 6985888), Cali (Tel. 4899888), Cartagena (Tel. 6949888), Medellín (Tel. 6042888), resto del país (Tel. 01 800 05 10000), en nuestra red de oficinas de atención al cliente a nivel nacional y/o en nuestro canal "Contáctenos" al cual podrá acceder ingresando a www.colfondos.com.co.

- Que los datos personales serán tratados conforme a la Política de Protección de Datos Personales que puede ser consultada en www.colfondos.com.co

*Información del responsable de la información:

Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías, entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la calle 67 No. 7-94 de la ciudad de Bogotá, con el número telefónico en Bogotá (57)(1) 7484888 y sitio web www.colfondos.com.co.

7. DECLARACIÓN JURAMENTADA DEL SOLICITANTE

Yo. Fernando Ortiz Vargas identificado(a) con tipo de documento: C.C. número [illegible] de [illegible], en la ciudad de Bogotá D.C. hoy, [illegible] de [illegible] de [illegible], en calidad de reclamante, bajo la gravedad de juramento, siendo conocedor de lo dispuesto por los artículos 289, 291 y 293 y 442 del Código Penal Colombiano, manifiesto que la información contenida y que he declarado ante Colfondos es totalmente cierta, verídica, susceptible de verificación en cualquier momento por parte de Colfondos y/o de la aseguradora competente para el reconocimiento de la suma adicional que financiará la pensión —cuando corresponda a invalidez o sobrevivencia— que aquí reclamo, al tiempo que no he ocultado información necesaria para el reconocimiento de la prestación que estoy solicitando y que por ley me corresponde.

Declaro que conozco de la existencia de los beneficiarios que aquí he informado y que no conozco sobre la existencia real o potencial de otros beneficiarios con igual o mejor derecho al que me asiste. En consecuencia, en el evento en que existan otros beneficiarios o en caso que tenga noticia de su existencia, lo informaré en forma inmediata a Colfondos, autorizando a Colfondos a suspender el pago de mi mesada pensional y a ponerla a disposición del Juez Laboral competente mientras el conflicto de beneficiarios sea resuelto, me comprometo a satisfacer los pagos de mesada pensional o la devolución de saldos que haya recibido, a los beneficiarios a que por ley corresponda o en caso de declararse judicial o extrajudicialmente que no me asistía derecho a recibir el pago de mesadas pensionales o devolución de saldos, exonerando de toda responsabilidad a Colfondos. Así mismo, me comprometo a informar a Colfondos cualquier cambio de dirección y de teléfono que tenga.

Declaro que no he recibido ninguna pensión reconocida por el Sistema General de Pensiones y que no estoy reclamando ninguna pensión con cargo a los aportes efectuados en este mismo sistema. En el evento en que no se cumplan los requisitos para acceder a la pensión solicitada, esta Administradora realizará si así procede, la objeción de la prestación, autorizará la devolución de saldos de los dineros existentes en la cuenta de ahorro individual de Colfondos, a los reclamantes que por ley corresponda.

Declaro que recibí asesoría con respecto a las diferentes modalidades de pensión, Beneficios Económicos Periódicos (Beps), Pensión Familiar, Convenios Internacionales de Seguridad Social y de la opción de continuar cotizando con miras a obtener una pensión de vejez. SI ( ) NO ( )

Firma Afiliado

Nombre: Fernando Ortiz Vargas

Colfondos
DE CENTRO BOGOTÁ
13 ENE 2023
RECIBIDO

BYP FOR PEN 2019-V9

Powered by CamScanner

Numero de Documento.

Huella dactilar/Indice derecho

Firma Reclamante 1
Nombre:
Número de Documento:

Huella dactilar/Indice derecho

Firma Reclamante 2
Nombre:
Número de Documento:

Huella dactilar/Indice derecho

Firma Reclamante 3
Nombre:
Número de Documento:

Huella dactilar/Indice derecho

Colfondos
OF. CENTRO BOGOTA
CAJA 3
13 ENE 2021
CAJA 3
RECIBIDO

Firma Representante Oficina

Firma Administrador Oficina

Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo y no requiere abogado, por lo cual, debe abstenerse de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Por favor denuncie cualquier evento irregular mediante comunicación escrita y envíelo a la Calle 67 Nº. 7-94 en la ciudad Bogotá, o en los siguientes canales de atención: Líneas de atención en Bogotá (Tel. 7484888), Barranquilla (Tel. 3869888), Bucaramanga (Tel. 6985888), Cali (Tel. 4899888), Cartagena (Tel. 6949888), Medellín (Tel. 6042888), resto del país (Tel. 01 800 05 10000), en nuestra red de oficinas de atención al cliente a nivel nacional y/o en nuestro canal "Contáctenos" al cual podrá acceder ingresando a www.colfondos.com.co.

Powered by CamScanner

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

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

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

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
☐	NOVIEMBRE 3785-2022.pdf	NOVIEMBRE 3785-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICIEMBRE 3785-2022.pdf	DICIEMBRE 3785-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >