

|                                                                                   |                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.     |                                                                                     |
|                                                                                   | <b>INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |  |

| DATOS DEL INFORME       |                           |            |                               |                 |        |
|-------------------------|---------------------------|------------|-------------------------------|-----------------|--------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                    | 2023-08-01 | Hasta:                        | 2023-08-31      |        |
| Nombre del Contratista: | ONNER ARMANDO FINO REYES  |            | Número de Documento:          | 80370327        |        |
| Correo Electrónico:     | Onner.a@hotmail.com       |            | Número Telefónico:            | 3194688962      |        |
| Nombre del Supervisor:  | DIANA YANIRA CHIMBI ROJAS | Cargo:     | ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 | Código - Grado: | 243-20 |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                          |               |      |                       |     |
|-------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                 | 3530-2023                                | Año Contrato: | 2023 | CDP Contrato Inicial: | 505 |
| Perfil:                       | AUXILIAR DE ENFERMERIA                   |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:          | USS SAN BENITO                           |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                          |                                                                          |           |                                |
|------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                                | Unidad                                                                   | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| K33PI                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                                            | \$2460374 | 100%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2460374                               | DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATROPESOS |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2023-02-01          |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2023-06-30 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | No. Adición | Valor Adición                             | CDP        |
| 1                                   | 2023-04-01   | 2023-06-30          | 1           | \$ 321918                                 | 1347       |
| 2                                   | 2023-06-01   | 2023-07-31          | 2           | \$ 0                                      | 0          |
| 3                                   | 2023-07-01   | 2023-08-31          | 3           | \$ 2460444                                | 2124       |
| 4                                   | 2023-08-01   | 2023-09-30          | 4           | \$ 2460300                                | 2422       |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   |              | FEBRERO             |             | \$ 2299415                                |            |



| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |       |            |
|-------------------------------------|-------|------------|
| 2                                   | MARZO | \$ 2299415 |
| 3                                   | ABRIL | \$ 2299415 |
| 4                                   | MAYO  | \$ 2460374 |
| 5                                   | JUNIO | \$ 2460370 |
| 6                                   | JULIO | \$ 2460374 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 11497075                | \$ 16739737              | \$ 14279363      | \$ 2460374         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                      | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1                                                       | 1. Utilizar las medidas, elementos de protección personal y explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario cumpliendo los lineamientos de vacunación segura y dar recomendaciones en los cuidados post vacunales.                                                        | -portar adecuadamente los electos de protección personal (tapaboca , bata , mono gafa                                                                                                                                                                                           | -                    |
| 2                                                       | 2. Desarrollar el proceso de asesoría al usuario que se va a vacunar contra el COVID-19 para el diligenciamiento del formato de consentimiento informado.                                                                                                                            | -brindar adecuadamente mente frente al procedimiento de la vacunación COVID-19 realizar el correcto diligenciamiento de los consentimientos informados si tachones, sin enmendaduras                                                                                            | -                    |
| 3                                                       | 3. Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros                                                                                                                                                                                    | --diligencia miento de los formatos de consentimientos sin enmienda                                                                                                                                                                                                             | -                    |
| 4                                                       | 4. Diligenciar el registro diario de vacunación (físico o magnético) de acuerdo con los formatos enviados por el MSPS y diligenciar los documentos que se requieran con forme los lineamientos técnicos del proceso que se este apoyando, organizar y entregar el archivo.           | ---realizar el registro en las bases de datos siasur , pai distrital y pai web                                                                                                                                                                                                  | -                    |
| 5                                                       | 5. Monitorear los usuarios en la sala de observación, con el fin de identificar precozmente la presencia de un ESAVI – ya sea leve o grave para activar el protocolo de urgencias en caso de presentarse una eventualidad. Primer respondiente                                       | --realizar observación de manera continua a los usuarios que han sido vacunados, con el fin de evidenciar posibles esavis, ya su vez activar el protocolo de urgencias si es necesario -formato de eventos adversos no graves posterior ala vacunación, totalmente diligenciado | -                    |
| 6                                                       | 6. Desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población desde los diferentes espacios de vida cotidiana y-o componentes del plan de intervenciones colectivas | --garantizar la vacunación a toda la población de acuerdo su rango de edad, su estado de salud, brindar educación frente al procedimiento de vacunación y brindar cuidados en salud según necesidad                                                                             | -                    |



| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                         | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 7                                                       | 7. Garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorias y auditorias internas y externas según requerimiento                                                                       | --recopilación de las dosis administradas en el tablero de control de biológico, recopilación de las personas registradas en siasur , pai distrital ,paiweb y carpetas organizadas con los consentimientos informados diligenciado | -                    |
| 8                                                       | 8. Garantizar la custodia y protección de los documentos físicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades                                                                                                                                                                               | --se debe realizar la entrega de los respectivos registros en las bases de datos a diario, también se debe entregar los consentimientos informados en una carpeta                                                                  | -                    |
| 9                                                       | 9. Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activación de rutas y canalización).                                                                                                                                              | --garantizar la vacunación de toda la población agendada y atento para la vacunación de acuerdo a la edad y dosis correspondientes                                                                                                 | -                    |
| 10                                                      | 10. Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.                                                                                                                                                                                      | --se debe tener comunicación directa con los jefes de cada punto para que resuelvan cualquier eventualidad                                                                                                                         | -                    |
| 11                                                      | 11. Búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación                                                                                                                                     | --se realiza demanda inducida de todas las personas agendadas y registradas en pisis                                                                                                                                               | -                    |
| 12                                                      | 12. Participar activamente en los espacios de fortalecimiento técnico convocados por la institución o por la SDS.                                                                                                                                                                                           | -asistir a las reuniones que realiza la SDS para fortalecer los conocimientos -                                                                                                                                                    | -                    |
| 13                                                      | 13. Desarrollar las actividades de vacunación dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institución y del programa Ampliado de Inmunizaciones                                                                                                                                  | --realizar el procedimiento de vacunación de forma acertiva, oportuna, garantizar la atención humanizada                                                                                                                           | -                    |
| 14                                                      | 14. Prestar servicios de atención e intervención integral al usuario con calidad, oportunidad y humanización                                                                                                                                                                                                | --cumplir con los lineamientos de vacunación segura, identificar cual el biológico que se debe administrar de acuerdo al rango de edad                                                                                             | -                    |
| 15                                                      | 15. Realizar acciones de apoyo a la operación del plan nacional de vacunación contra el COVID -                                                                                                                                                                                                             | -cumplir con los lineamientos de vacunación segura, identificar cual el biológico que se debe administrar de acuerdo al rango de edad -                                                                                            | -                    |
| 16                                                      | 16. - Implementar los procesos asignados con criterios de calidad a fin de dar cumplimiento a los objetivos y las metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas.- Asistir a procesos de fortalecimiento técnico para el desarrollo adecuado y con calidad de los procesos en salud pública.. " | -asistir a los espacios de capacitación, con el fin de fortalecer los procesos asignados con criterios de calidad, al fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de intervención colectiva. -         | -                    |



# INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

|                                                         |       |               |     |     |                                                                          |                                                     |                                |                   |
|---------------------------------------------------------|-------|---------------|-----|-----|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| Periodo al que<br>corresponde el pago                   |       | Fecha de Pago |     |     | Número de Planilla                                                       | Valor de Honorarios Certificados el<br>Mes Anterior | \$ 2460374                     |                   |
| AÑO                                                     | MES   | AÑO           | MES | DÍA | 1056147579                                                               |                                                     |                                |                   |
| 2023                                                    | JULIO | 2023          | 08  | 10  |                                                                          |                                                     |                                |                   |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |       |               |     |     | DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATROPESOS |                                                     |                                |                   |
| Item                                                    |       |               |     |     | Entidades Aportantes a<br>Seguridad Social                               | Ingreso Base de<br>Cotización                       | Valor Mínimo<br>de los Aportes | Valor<br>Aportado |
| Pensionado                                              |       |               |     | NO  | PORVENIR                                                                 | \$ 1160000                                          | \$ 185600                      | \$ 185600         |
| Salud                                                   |       |               |     |     | FAMISANAR                                                                |                                                     | \$ 145000                      | \$ 145000         |
| ARL                                                     |       |               |     | 3   | SURA                                                                     |                                                     | \$ 28258                       | \$ 28300          |
| Caja de Compensación                                    |       |               |     | NO  |                                                                          | Total                                               | \$ 336655                      | \$ 358900         |

## INFORMACIÓN DE PAGO

|                  |                       |                |         |                  |            |
|------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|------------|
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870247337 |
|------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|------------|

ONNER A. FINO

ONNER ARMANDO FINO REYES  
80370327

*[Firma]*

DIANA YANIRA CHIMBI ROJAS  
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20



Puntored no te cobra por esta transacción



Puntored  
Corresponsal Bancario Colpatria  
TRANSACCION EXITOSA

|               |                                 |
|---------------|---------------------------------|
| Fecha         | 10/08/2023                      |
| Hora          | 13:39:28                        |
| Terminal      | 310592                          |
| Convenio      | PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE   |
| Cod. Convenio | 0408                            |
| Referencia    | 8850188000                      |
| Valor         | \$359.900                       |
| Transacción   | 000689685991                    |
| Usuario       | CLAUDIA LILIANA CUBILLOS PULIDO |

Línea de atención personalizada en  
Bogotá 3487881

Resto del País 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de  
crédito y créditos de consumo del  
Banco Colpatria

BANCO COLPATRIA  
VIGILADO SUPERINTENDENCIA  
FINANCIERA DE COLOMBIA

THEA







# PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-08-10, 02:00:07 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1056147579  
Periodo Cotización: julio de 2023 Período Servicio: julio de 2023 Referencia pago (PIN): 8850188000

PAGADO 10/08/2023

## EL APORTANTE

|           |                          |                    |                     |
|-----------|--------------------------|--------------------|---------------------|
| al        | ONNER ARMANDO FINO REYES | Dirección          | CL 71A SUR #14 - 33 |
| presencia | INDEPENDIENTE            | Teléfono           | 3194688962          |
| ia        | NATURAL                  | Forma Presentación | UNICO               |
| nte Legal | BOGOTA D.C.              | Departamento       | BOGOTA D.C.         |
| los       | 1                        | Identificación     |                     |
|           |                          | ARP                | ARL SURA            |

## DEL APORTANTE

| Tipos del Afiliado       |                | Novedades       |                |                |                | Pensiones      |                |                | Salud          |                |                | Riesgos        |                |                | Cajas          |                |                |                | Parafiscales   |                |                |                | Total      |
|--------------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| Apellidos y Nombres      | Tipo Cotizante | Salud Cotizante | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Total      |
| ONNER ARMANDO FINO REYES | BO             | 06              |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                | \$ 338.000 |

## ES

| IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Salud | Aportes Pensión | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes SENA | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades APP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|-----------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.160.000 | \$ 1.160.000 | \$ 0      | \$ 185.600    | \$ 185.600      | \$ 28.300       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 358.900                     | \$ 1.000                | \$ 359.900  |



Página 1 de 1





UTC -5 13:39:18

ONNER ARMANDO FIN...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar

Entidad → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar

&lt; Evaluación de la Entidad Estatal &gt;

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 Modificaciones del Contrato

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                                 | Nombre del archivo                | Cargado por                 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ENERO 2745 - 2022.pdf                       | ENERO 2745 - 2022.pdf             | Proveedor Descargar Detalle |
|                          | CUENTA PATY FEBRERO 2023.pdf<br>(Archivado) | CUENTA PATY FEBRERO<br>2023.pdf   | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO 3530 -2023                          | ONNER FINO cuenta de cobro.pdf    | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | MARZO 3530 -2023                            | ONNER FINO (1).pdf                | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | ABRIL 3530-2023.pdf                         | ABRIL 3530-2023.pdf               | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | MAYO 3530-2023.pdf                          | MAYO 3530-2023.pdf                | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | JUNIO 3530-2023.pdf                         | JUNIO 3530-2023.pdf               | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA JULIO CTO 3530-2023.pdf              | CUENTA JULIO CTO<br>3530-2023.pdf | Proveedor Descargar Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

&lt; Evaluación de la Entidad Estatal &gt;

