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: 06-mar-21		Hasta:	31-mar-21		
Nombre del Contratista:	JOHN WALTHER ACEVEDO ALARCON		Cédula:	79698368		
Correo Electrónico:	JOHNSITO7894@HOTMAIL.COM		Teléfono(s):	3209288153		
Nombre del Supervisor - Planta:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ		Cargo:	ENFERMERO	Codigo-Grado:	243-20
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	PLINIO VARGAS PINEDA		Perfil	LIDER DE PROCESO	No. CTO:	4239-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	4194-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	628
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
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							
		N04T919					$ 1.904.080	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES: $ 1.904.080 — UN MILLON NOVECIENTOS CUATRO MIL OCHENTA PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		06/03/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/03/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2		
						3	MARZO	$ 1.904.080
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.904.080	$ 1.904.080	$ 1.904.080	$ -

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	Utilizar las medidas y elementos de protección personal	Portar adecuadamente los elementos de protección personal (tapabocas,bata,monogafas)	Lista de chequeo
2	Realizar el alistamiento de la agenda, insumos y elementos, para el registro de las personas a vacunar durante la jornada	Verificación de cada uno de la agenda e insumos necesarios para aplicación de los biológicos.	Diligenciamiento de los formatos entregados por la SDS sin tachones ni enmendaduras, toma de temperatura según manual Técnico PAI
3	Recibir al usuario, solicitar el documento de identidad y verificar fecha y hora la cita.	verificacion de agendamiento en los aplicativos designados.	Cumplimiento en el agendamiento realizado para la jornada

4	Desarrollar el proceso de asesoría al usuario que se va a vacunar contra el COVID-19 para el diligenciamiento del formato de consentimiento informado.	Realizar explicación de las indicaciones frente al proceso de vacunación. Verificacion de lectura de y firma del consentimiento informado	Diligenciamiento de los formatos entregados según lineamientos para su correcta verificación.
5	Entregar copia de consentimiento firmado al profesional para ser anexado en la historia clínica y en magnético en la misma cantidad	Verificacion de diligenciamiento y firma del consentimiento informado.	Entrega de soportes al profesional asignado
6	Asegurar el cumplimiento de las medidas higiénico-sanitarias	Cumplimiento de los protocolos de bioseguridad	Lista de chequeo
7	Diligenciar la plantilla de registro de vacunación por usuario.	Deligenciamiento de los formatos establecidos para el proceso.	Formatos correctamente diligenciados.
8	Direccionar a la persona al área de vacunación e informar que posterior a la vacunación, debe permanecer en la sala de espera el tiempo que se le indique según el biológico.	Seguir los lineamientos establicidos para el proceso de vacunacion de los usuarios.	Cumplimiento de los protocolos para el proceso de vacunacion.
9	Diligenciar el registro diario de vacunación (físico o magnético) de acuerdo con los formatos enviados por el MSPS.	Deligenciamiento de los formatos establecidos para el proceso.	Formatos correctamente diligenciados.
10	Diligenciar carné de vacuna y entregar al usuario	Diligenciar carné de vacuna y entregar al usuario	Entrega del carnet de vacunas

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	9416912091		

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		COMPENSAR			
ARL	3	BOLIVAR			
CAJA DE COMPENSACION	NO				$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	8480344145

JOHN WALTHER ACEVEDO ALARCON
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
79.698.368
CC. NO. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
ENFERMERO

PLINIO VARGAS PINEDA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
LIDER DE PROCESO

2021-02-12

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JOHN WALTHER ACEVEDO ALARCON identificado(a) con cedula ciudadania 79.698.368, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20190208	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Marzo de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
15621922

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO Supersubsidio

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:

JOHN WALTHER ACEVEDO ALARCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.698.368,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Marzo 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.

SEGUROS
BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE
Identificada con NT No. 900958564

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909505, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	79698368	JOHN WALTER ACEVEDO ALARCON	ASISTENCIAL	3	2.436 %	09/03/2021		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 15 de Marzo del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese

15/03/2021

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JHON WALTHER ACEVEDO ALARCON** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **79698368**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

N#mero	**0570008480344145**
Saldo a la fecha	**16,040.11 Pesos**
Fecha de apertura	**19/03/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO