ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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:	01-mar.-21	Hasta:	31-mar.-21		
Nombre del Contratista:	ONNER ARMANDO FINO REYES		Cédula:	80370327		
Correo Electrónico:	ONNER.A@HOTMAIL.COM		Teléfono(s):	3194688962		
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:		Código-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	PLINIO VARGAS PINEDA		Perfil	LIDER DE PROCESO	No. CTO:	4239-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004697	Año Contrato:	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	327
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							
		N04TN19					$ 2.197.015	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2.197.015	DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		04/06/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/08/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-09-01	2020-10-31	1	$4.394.031	1660	1	ENERO	$2.197.015
2	2020-11-01	2020-11-30	2	$768.955	2165	2	FEBRERO	$2.197.015
	20202-11-12		3	$1.428.060	2287	3	MARZO	$2.197.015
3	2020-12-01	2020-12-10	4	$732.338	2521	4		
4	2020-12-11	2020-12-31	5	$1.464.677	2618	5		
	2021-01-01	2021-01-31	6	$2.197.015	54	6	JUNIO	$1.977.315
5	2021-02-01	2021-02-28	7	$2.197.015	185	7	JULIO	$2.197.015
6	2021-03-01	2021-03-31	8	$2.197.015	449	8	AGOSTO	$2.197.015
						9	SEPTIEMBRE	$2.197.015
						10	OCTUBRE	$2.197.015
						11	NOVIEMBRE	$2.197.015
						12	DICIEMBRE	$2.197.015
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$6.371.344	$21.750.450	$21.750.450	$ -

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	Implementar los procesos asignados como TECNICO 1 con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas, el plan de salud territorial y plan operativo institucional	Implementación de protocolos, manuales y cumplimiento de politicas del lineaqmiento. Presentar oportunamente los formatos requeridos y con la calidad necesaria e información clara y veraz.	Entrega de consentimientos informados, formatos diligenciados y reporte de vacunacion por jornada
2	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	Cumplimiento del cronograma establecido, entrega de consentimientos informados y entrega de informes de actividades.	Entrega de consentimientos informados.
3	Garantizar la custodia y protección de los documentos fisicos y magnéticos entregados para la ejecución de sus actividades	Correcto manejo de los de los consentimientos informados, al igual que los datos proporcionados por los usuarios.	Consentimientos informados, Entrega de carnet de vacunacion a los usuarios
4	Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad	Realizar seguimiento en el aplicativo Dondoctor y SIS magnético, garantizando la vacunación de los usuarios y colaboradores de la bases de datos. Brindar información y orientación a los usuarios frente al cronograma de vacunacion COVID 19, indicacion sobre el proceso.	cumplimiento del agendamiento, y sulicitudes de informacion de los usuarios.

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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

5	Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos	Mantener comunicación directa con lider de proceso por eventualidades.	Asistencia y participacion en jornadas diarias
6	Realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa Ampliado de Inmunización	Participar en las jornadas de vacunacion COVID 19, que se encuentren en el cronograma. Apoyo en puntos de atencion en los diferentes puntos de vacunacion establecidos. Diligenciamiento de formatos establecidos, consentimientos informados y datos del proceso de vacunacion.	Acta de asistencia y particiapcion
7	Asistir a procesos de fortalecimiento técnico para el desarrollo adecuado y con calidad de los procesos en salud pública	Participacion activa en el desarrollo de jornadas programadas para el fortalecimiento bajo los protocolos de bioseguridad, reuniones de trabajo, capacitaciones y asistencias.	Acta de asistencia y particiapcion
8	Búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en las tácticas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunación.	Realizar seguimento al agendamiento establecido garantizando la vacunación de los usuarios y colaboradores.	Cumplimiento del agendamiento diario.
9	Busqueda activa de poblacion con necesidades en salud fisica y ambiental	Articulacion con los diferentes servicios para la ubicación de la poblacion objeto (Diferentes lineas de vacunacion COVID 19)	Cumplimiento con los lineamientos de vacunacion
10	Demas actividades de acuerdo a su perfil	Cumplimiento del cronograma diario establecido, al igual que con el rol que se le determine dentro el proceso de vacunacion COVID 19, diligenciamiento de carnet, formatos establecidos por el lineamiento de vacunacion.	Cumplimiento en las jornadas de vacunacion.

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$2.197.015
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	2	2021	03	11	1035699460		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE 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	$ 145.400	$145.400
SALUD		FAMISANAR		$ 113.600	$113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO	N/A		$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	004870247337

ONNER ARMANDO FINO REYES
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
80.370.327
CC. NO. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
ENFERMERO

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-03-12, 04:11:18 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1035699460

Periodo Cotización: febrero de 2021 **Periodo Servicio:** febrero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8812686740

PAGADO 11/03/2021 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ONNER ARMANDO FINO REYES		
Documento	CC80370327	**Dirección**	CL 71A SUR #14 - 33
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3194688962
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 Mineducación	Total
CC 80370327	ONNER ARMANDO FINO REYES	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 908.526	$ 113.600	2,436	$ 908.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

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
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - 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.