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 V8

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde: 06-mar.-21		Hasta:	31-mar.-21		
Nombre del Contratista:	FRANLYZ LINETH ORTIZ HERRERA		Cédula:	1013598525		
Correo Electrónico:	FRANLOHERRERA0705@GMAIL.COM		Teléfono(s):	3044708860		
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:	4189-2021	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		6/03/2021				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 electos de protección personal (tapabocas,bata,monogafas)	Lista de chequeo
2	Realizar el alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunación diaria.	Verificación de cada uno de los 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	Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacúnales.	Realizar explicación de las indicaciones frente al proceso de vacunación. Diligenciamiento de carne de vacunación verificacion de agendamiento . Verificacion de lectura de y firma del consentimiento Informado	Diligenciamiento de los formatos entregados por la SDS sin tachones ni enmendaduras.

4	Realizar la aplicación del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura.	Participación activa de estrategias para dar cumplimento a las metas indicadas	Diligenciamiento de los formatos entregados según lineamientos para su correcta verificación.
5	Reiterar al usuario su permanencia en la sala de espera el tiempo que se le indique según el biológico.	Verificación continua a usuario según tiempos establecidos	Seguimiento a programación de usuarios en horarios establecidos.
6	Realizar monitoreo de temperatura de los biológicos.	Realizar la verificacion de temperaturas de los biologico entregados en la mañana tarde. Vigilar y mantener la conservacion de los biologicos según lineamientos cadena de frio.	Movimientos en físico de cada USS,consolidado de la Subred Sur,enviado de forma magnetica(Correos electronicos asignados por la secretaria de salud)
7	Mantener el movimiento de biológico actualizado.	Seguimiento a biológicos aplicados según la aplicación diaria	Diligenciamiento de los formatos entregados por la SDS sin tachones ni enmendaduras, toma de temperatura según manual Técnico PAI
8	Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros.	Dar cumplimiento al cronograma según asignación por el profesional de acompañamiento técnico.	Diligenciamiento de formatos de limpieza y desinfección para cada insumo.
9	En la segunda dosis de vacuna (si aplica), indagar al usuario si presentó algún ESAVI. Si cumple con criterios de ESAVI-grave notificar según el Protocolo Nacional de ESAVI-298 del INS.	Notificación de agentamiento verificación de la aplicación de biológico indagando reacciones pos vacúnales.	Proceso de verificación en el aplicativo de la primera dosis del biológico.

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			

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	PROTECCION	$ 908.526		
SALUD		COMPENSAR			
ARL	3	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	NO	N/A			$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO COLPATRIA	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4662029328

FRANLYZ LINETH ORTIZ HERRERA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.013.598.525
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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ORTIZ HERRERA FRANLYZ LINETH** identificado(a) con **CC** número **1.013.598.525** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de enero de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de marzo de 2021.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**.
www.proteccion.com

20210301210S

compensar | salud
Plan Complementario

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) FRANLYZ LINETH ORTIZ HERRERA identificado(a) con cedula ciudadania No. 1013598525, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan
FRANLYZ LINETH ORTIZ HERRERA	1013598525	TR	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 1 días del mes de marzo de 2021.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 12631018

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

ARL | sura

Medellín, 26 de marzo de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que FRANLIZ LINETH ORTIZ HERRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013598525 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 07/03/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000005 - GESTION DEL RIESGO
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10135985252108548643

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 26/03/2021 1.30 PM

Dirección IP: 186.154.234.166, 198.143.41.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scotiabank. COLPATRIA

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4662029328 , con fecha de apertura 28 de Febrero de 2019, de la cual es titular:

El (la) señor(a): FRANLYZ LINETH ORTIZ HERRERA
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.013.598.525

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Marzo de 2021.

Cordialmente,

Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes

Scotiabank Colpatria S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA