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:	01-may.-21	Hasta:	31-may.-21			
Nombre del Contratista:	CAMILO RAMIREZ GUZMAN		Cédula:	12.207.269			
Correo Electrónico:	CRG1569@GMAIL.COM		Teléfono(s):	3504459463			
Nombre del Supervisor - Planta:	Yolanda Rodriguez Baquero		Cargo:	Profesional Especializada en el	Codigo-Grado:	242-30	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	Jose Luis Tejeiro		Perfil	Profesional Especializado de A	No. CTO:	4654-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001476	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	Enfermero				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	Direccion de Urgencias				
UNIDAD DE SERVICIOS :	Uss Vista Hermosa				

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	Ocultar							
CONSULTA URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B01VB	70		$ 17.400	$ 1.218.000	33,33%
URG OBSERVACION - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B02VB	70		$ 17.400	$ 1.218.000	33,33%
PROCEDIMIENTOS URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B03VB	70		$ 17.400	$ 1.218.000	33,33%
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	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3.654.000	TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 8.247.600	955	1		
						2	Febrero	$ 4.802.400
						3	Marzo	$ 3.445.200
						4	Abril	$ 4.071.600
						5	Mayo	$ 3.654.000
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.094.000	$ 22.341.600	$ 15.973.200	$ 6.368.400

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	Prestar servicios Profesionales de enfermeria a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, seguros, eficientes y	cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado, plan de cuidado deacuerdo a la patologia del paciente.	historias clinicas de los pacientes atendidos dentro de los turnos programados.
2	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención con plena autonomía y pertinencia, realizando el seguimiento a las actividades acignadas en los planes de manejo para que se ejecuten deacuerdo al criterio	cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado, plan de cuidado deacuerdo a la patologia del paciente.	historias clinicas de los pacientes atendidos dentro de los turnos programados.
3	Informar oportunamente al medico tratante y familiares, el de venir de la atencion brindada y cambios clinicos del paciente, conforme a los lineamientos del contratante.	Ejecutar tratamiuentos, inyectologia, veno-punciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos estabablecidos, lavado e higieización de	Lista de chequeo de infecciones, sondas y catéteres.
4	Diligenciar clara, oprtunmente la historia clinica y demas documentacion del servicio, cumpliendo con los parametros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema de informacion de la subred ingualmente	• Registro claro, corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como auxiliar de enfermeria.	Historrias de los usuarios atendidos
5	Brindar asistencia en los procedimientos propios del servicio y apoyar al equipo medico en la realizacion de procedimientos especiales cuando sean requeridos, verificar la correcta disyribucion de los insumos que le	Realización de la entrega y recibo de turno según programación, cumpliendo protocolo institucional	Supervisión del jefe del servicio

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

6	Promover en los usuarios y pacientes la generacion de estilos,Hbitos y conductas saludables, mediante acciones de educacion.	Velar por el correcto uso, mantenimiento y administración, de equipos, medicamentos e insumos de los servicios, que la Subred Sur le confíe para la	libro de entrega de turno, notas en la historia clinica.
7	Velar por el correcto uso, mantenimiento y administración, de los equipos, medicamentos e insumos del servicios, que la Subred Sur le confíe para la ejecución de las actividades pactadas, informando	Cumplir con los protocolos asistenciales respectivos al servicio de hospitalizacion tales como: lavado de manos, tecnicas de aislamiento, asistencia en paso de cateter	Libro de registro de insumos

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 4.071.600
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	4	2021	05	14	9419830052		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES SETENTA Y UN MIL SEISCIENTOS 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	COLPENSIONES	$ 1.628.640	$ 260.600	$ 260.700
SALUD		SANITAS		$ 203.600	$ 203.600
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 39.700	$ 39.700
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 503.900	$ 504.000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	550008400753920

CAMILO RAMIREZ GUZMAN
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
12.207.269
CC. NO. CONTRATISTA

Yolanda Rodriguez Baquero
NOMBRE DEL SUPERVISOR
Profesional Especializada en el Area de la Salud

Jose Luis Tejeiro
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
Profesional Especializado de Apoyo Gestion Asistencial

2021-02-12

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12207269		RAMIREZ GUZMAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 18 no. 3-78 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	23054143	9419830052	I	2021/05/18	2021/05/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$504,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,628,800	$260,700			$1,628,800	$203,600			$0	$0			$1,628,800	$39,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,628,800	$260,700			$1,628,800	$203,600			$0	$0			$1,628,800	$39,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,628,800	$260,700			$1,628,800	$203,600			$0	$0			$1,628,800	$39,700		$0	$0
1	CC	12207269	RAMIREZ CAMILO	25-14	30	$1,628,800	$260,700	EPS005	30	$1,628,800	$203,600		0	$0	$0	14-7	30	$1,628,800	$39,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,628,800	$260,700			$1,628,800	$203,600			$0	$0			$1,628,800	$39,700		$0	$0

2021/05/14 04:20 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12207269		RAMIREZ GUZMAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 18 no. 3-78 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	23054143	9419830052	I	2021/05/18	2021/05/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$504,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$260,700	$0	$0	$260,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$260,700	$0	$0	$260,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,700	$0	$0	$39,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$39,700	$0	$0	$39,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$203,600	$0	$0	$203,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$203,600	$0	$0	$203,600
TOTAL				1	$504,000	$0	$0	$504,000