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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	**01-jun.-21**	**Hasta:**	**30-jun.-21**			
Nombre del Contratista:	Sonia Yanive Buitrago Pulido		**Cédula:**	52349178			
Correo Electrónico:	soniabuitrago13@gmail.com		**Teléfono(s):**	3108698877			
Nombre del Supervisor - Planta:			**Cargo:**		**Codigo-Grado:**		
Nombre del Supervisor - Contratista:	LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ		**Perfil**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	**No. CTO:**	5010	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			**Cargo:**		**Còdigo-Grado:**		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			**Perfil**		**No. CTO:**		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004707	**Año Contrato:**	**2021**	**C.D.P. CONTRATO INICIAL :**	**991**
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	TUNAL				

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	**Ocultar**							
SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO		APH	G01TP	180	96	$ 9.870	$ **2.724.120**	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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:	**$ 2.724.120**	**#NAME?**

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01.05.2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30.09.2021	
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		
						4		
						5	**Mayo**	**$ 1.985.040**
						6	**Junio**	**$ 2.724.120**
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.179.100	**$ 9.179.100**	**$ 4.709.160**	**$ 4.469.940**

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 como auxiliar de enfermeria para la unidad funcional de atencion prehospitalaria durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta, cumpliendo con los estandares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitacion de servicios de salud vigente.	Se presta servicio como auxiliar de enfermeria según cronograma de actividades mensual	Libro de pacientes
2	Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Subred Sur para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria.	Se reciben los despachos generados poe el CRUE, generando oportunidad en la atención de pacientes bajo los lineamientos establecidos	Recibos de pagos
3	Cumplir con el pocedimiento de entrega y recibo de programacion de actividades, con registro de novedades, ademas del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la movil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomedicos asignados a las moviles al responsable delegado por la unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria Convenio Interadministrativo 2307027-2021 suscrito entre la Subed Sur y la Secretaria Distrital de Salud.	Se acatan y se realizan las actividades que son inherentes al perfil dadas por el lider de la tripulacion	Cronograma de actividades

4	Realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros de la historia clínica, módulos de reportes, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos. Fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades.	Se aplican las normas de bioseguridad según los protocolos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	Bitácora de traslados
5	Cumplir con las indicaciones del lider de la tripulacion (medico, en móvil basic del medico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atencion para obtener el cumplimieno de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, dando cumplimiento a los direccionamientos daos por la direccion Centro regulaor de urgencia y emergencias en cada caso,asi mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes prestentados durante la operacion, de las moviles adscritas a la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria Convenio Interadministrativo 2307027-2021 suscrito entre la Subed Sur y la Secretaria Distrital de Salud.	Se acatan y se realizan las actividades que son inherentes al perfil dadas por el lider de la tripulacion	Cronograma de actividades
6	Revisar periódicamente los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la móvil, cumplir con el registro en los formatos diseñados, apoyar al equipo de calidad y seguimiento en la revisión periódica de las ambulancias. garantizar la adecuada presentación personal e identificación institucional; mantener una adecuada custodia de los equipos biomedicos, insumos y demás elementos de la móvil asignada, asi mismo la entrega mensual del inventario.	Se deja registro y se informa a las personas encargadas de las novedades presenciales con la móvil asignada	En libro de medicamentos
7	Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención Prehospitalaria programados por el DUES y/o la SUBRED SUR E.S.E	Se asiste a las capacitaciones impartidas por la Sudred y la Secretaría de Salud	Cronograma de actividades
8	Las demas actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con objeto del contrato	Se cumplen las normativas y actividades asignadas	Cronograma de actividades

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.985.040
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	8351094544		
2021	5	2021	06	15			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS #NAME?

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	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	4	SURA		$ -	
CAJA DE COMPENSACION	NO	-		$ 259.000	$ 259.000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	65632475645

Sonia Yanive Buitrago Pulido
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.349.178
CC. NO. CONTRATISTA

LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SONIA YANIVE BUITRAGO PULIDO
No. Identificación: CC52349178
Dirección: CL 131 103 21
Telefono: 6830544
Correo: soniabuitrago13@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8351094544

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SONIA YANIVE BUITRAGO PULIDO
Tipo y número de identificación	CC52349178
Número de planilla	8351094544
Fecha pago	2021-06-15
Número de autorización pago	48273271
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2021
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2021
Número de Administradoras	2
Total Pagado	259000
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8351094544

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	145400	1
EPS008	Compensar EPS	113600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52349178
APELLIDOS Y NOMBRES: SONIA YANIVE BUITRAGO PULIDO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	908526	908526	0	0	113600	0	145400	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información