



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-abr-21	Hasta:	30-abr-21
Nombre del Contratista:	JENNY PAOLA OVALLE CAMACHO	Cédula:	1.012.379.398	
Correo Electrónico:	jennicita-16@hotmail.com	Teléfono(s):	3125705413	
Nombre del Supervisor - Planta:		Cargo:		Código-Grado:
Nombre del Supervisor - Contratista:	EDILMA GALINDO CASTILLO	Perfil:	PROFESIONAL GESTIÓN ADMIN	No. CTO: 1042-2021
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:		Cargo:		Código-Grado:
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:		Perfil:		No. CTO:

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001173	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	MEISSEN				

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						
URG OBSERVACION - USS MEISSEN	MEISSEN	B02ME	180	0	\$ 9.400	\$ 1.692.000	100,00%
						\$ -	0,00%
						\$ -	0,00%
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:	\$ 1.692.000	UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS					

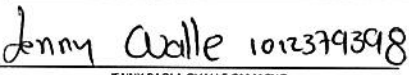
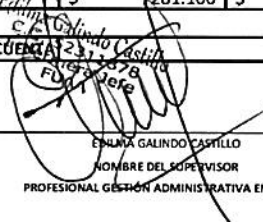
EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	
						1			
						2	Febrero	\$	1.579.200
						3	Marzo	\$	1.748.400
						4	Abril	\$	1.692.000
						5			
						6			
						7			
						8			
						9			
						10			
						11			
						12			
						13			

VALOR INICIAL DEL CONTRATO
\$ 5.922.000VALOR TOTAL DEL CONTRATO
\$ 5.922.000PAGOS REALIZADOS
\$ 5.019.600SALDO DEL CONTRATO
\$ 902.400

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 de perfil (auxiliar de enfermería) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E., de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes				Recibo y entrega de turno, revisión de la historia clínica, registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados	Registro en historias clínicas
2	Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.				Informar asistir prevenir inducir la importancia del auto cuidado a los pacientes y familiares de acuerdo a la condicionen que se encuentren.	Informacion clara y oportuna de la informacion requerida

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ <small>Secretaría de Salud y Bienestar Social</small>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E			
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CO-OPS-FT-11 V6	
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente	Revisar y registrar en la historia clínica del paciente la evolución del mismo e informar sobre su estado de salud a todos los que les deba interesar		Historia clínica y notas de enfermería	
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Verificar, informar, elaborar, diligenciar, consultar y/o estudiar documentos o formatos propios de y acordes a los casos pertinentes.		Historia clínica y demás documentos institucionales	
5	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y/o documentos destinados por la institución.	Participar en la educación del paciente y cuidador sobre hábitos de vida saludable reforzando las recomendaciones de la parte médica		Mesa de ayuda subred sur -Sistema dinámico	
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Apoyar fomentar y fortalecer las actividades propias de enfermería bajo los parámetros del cuidado del paciente		Historia clínica, participación, información verbal y escrita en los diferentes documentos institucionales	
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO		NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	
2021	3	2021	04	13	\$ 1.748.400
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS		UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS			
ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	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		FAMISANAR		\$ 113.600	\$ 113.600
ARL	3	SURA		\$ 22.100	\$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO			\$ 281.100	\$ 281.200
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO					
ENTIDAD BANCARIA:		BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA 570004870454602
 JENNY PAOLA OVALLE CAMACHO NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 1.012.379.398 CC. NO. CONTRATISTA		 ERIKA GALINDO CASTILLO NOMBRE DEL SUPERVISOR PROFESIONAL GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN SALUD			
#REF!					
NOMBRE DEL APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN					
0					
2021-02-12					



PAGOSIMPLE

Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2021-04-13, 06:18:45 AM Tipo Planilla: : Planilla Independientes

Número Planilla: 1037129756

Periodo Cotización: marzo de 2021

Periodo Servicio: marzo de 2021

PAGADO 13/04/2021

Datos del Aportante

Razón Social	JENNY PAOLA OVALLE CAMACHO	Dirección	DG 69 G # 48 A 30 SUR
Documento	CC1012379398	Teléfono	7160059
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	
Representante Legal			

Detalle de los Pagos por Administradora

NIT	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N800229739	230201	PROTECCION (ING + PROIECCION)	1	\$ 145,400	\$ 0	\$ 145,400
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 22,200	\$ 0	\$ 22,200
N830003564	EPS017	FAMISANAR EPS	1	\$ 113,600	\$ 0	\$ 113,600
Total Pagado				\$ 281,200	\$ 0	\$ 281,200

Lineas 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 - ¡Mas que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.





www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

10+26
MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Jenny Pook
Apellidos: Ovalle Camacho
Documento de identidad: C.C. (T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1012379.398
Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 08 Año 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10/05 Am 25 27	Pfizer	EN195 0621	Subredoxur	Carolina Bethron	1022927173
	2	18 03 21	Pfizer	EN195 6121	Umhes Tuncel	Alejandro Lanchetas	1121854067

