

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA</small>	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							
Período a Certificar:	Desde:	01-abr-21	Hasta:	30-abr-21			
Nombre del Contratista:	QUEVEDO VELASQUEZ JUAN MANUEL		Cédula:	1022923106			
Correo Electrónico:	Juansequevedo2009@gmail.com		Teléfono(s):	3102072369			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:			Código-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	DIAÑA LUCIA VALLARINO VILLARREAL		Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		No. CTO:	1526-2021
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:			Cargo:			Código-Grado:	
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:			Perfil:			No. CTO:	

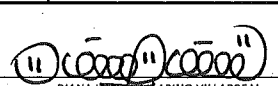
DATOS DEL CONTRATO							
NO CONTRATO:	001253	Año Contrato	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72		
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERÍA						
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	URGENCIAS						
UNIDAD DE SERVICIOS :	TUNAL						

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	Mostrar						
SIRC						\$ -	0,00%
RURALIDAD	Ocultar						
SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO	SIRC	N11TS	174		\$ 10.885	\$ 1.893.990	100,00%
						\$ -	
						\$ -	
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:	\$	1.893.990	UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS				

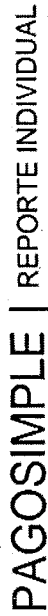
EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO									
FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	
1	2021-04-09	2021-06-30	1	\$ 4.848.132	955	1			
						2	Febrero	\$	1.893.990
						3	Marzo	\$	2.155.230
						4	Abril	\$	1.893.990
						5			
						6			
						7			
						8			
						9			
						10			
						11			
						12			
						13			

VALOR INICIAL DEL CONTRATO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">\$ 6.429.600</div>	VALOR TOTAL DEL CONTRATO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">\$ 11.277.732</div>	PAGOS REALIZADOS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">\$ 5.943.210</div>	SALDO DEL CONTRATO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">\$ 5.334.522</div>
---	--	---	---

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO			
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO 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.	Prestar servicios técnicos como auxiliar en enfermería de traslados secundarios en las áreas asistenciales a los usuarios de la Subred Sur, con pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.	HISTORIA CLINICA
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.	Realizar las actividades necesarias para mantener en buen estado y en condiciones óptimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación	LISTADO DE ASISTENCIA
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 define 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.	Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermería cumpliendo las ordenes impartidas por el equipo médico y por el supervisor del contrato.	LISTADO DE ASISTENCIA

 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	
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.	Brindar educación al paciente que recibe nuestros servicios en cuanto la generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludable.		BITACORA DE TRASLADOS	
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.	Brindar educación al paciente que recibe nuestros servicios en cuanto la generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludable.		FORMATO DE SOLICITUD DE INSUMOS	
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Realizar las actividades necesarias para mantener en buen estado y en condiciones óptimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación		LISTADO DE ASISTENCIA	
INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO		NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR \$ 2.155.230
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	
2021	3	2021	04	19	1037251237
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS		DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS TREINTA 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		COMPENSAR		\$ 113.600	\$ 113.600
ARL	4	SURA		\$ -	
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		\$ 259.000	\$ 259.000
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO					
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.		TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA 4870493543
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  QUEVEDO VELASQUEZ JUAN MANUEL NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 1.022.923.106 CC. NO. CONTRATISTA </div> <div style="text-align: center;">  DIANA LETICIA VILLARINO VILLARREAL NOMBRE DEL SUPERVISOR PROFESIONAL ESPECIALIZADO </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 0 NOMBRE DEL APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 0 </div>					

2021-02-12



Fecha creación reporte	2021-04-21, 09:50:41 AM	Tipo Planilla	I	Número Planilla	1036512288	Referencia pago(PIN)	88-40354850
		Periodo Cotización	202102			Periodo Servicio	202102

Cliente:

PAGADA 2021-03-15

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN MANUEL QUEVEDO VELASQUEZ			
Documento	CC 1022923106	Dirección	CL 83 SUR #8 B - 35	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7585434	
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal	Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022923106	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Colizante	03							
					QUEVEDO VELASQUEZ JUAN MANUEL	11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

III APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO.																							
Novedades			Pensión						Salud				Riesgos			Caja			Parafiscales				
Exemplar	Tip. sal. en	Salario	Código AFP	Tarifa AFP	BC	Total Aporte AFP	Total Aporte PPS	Total Aporte EPS	Tarifa EPS	Código EPS	Aporte Salud UPC	Aporte Seguro UPC	Clase Riesgo	Tarifa ARL	BC ARL	Aporte Riesgo ARL	Código CCF	BC CCF	Aporte Caja CCF	Tarifa CCF	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
001	100%	5.000.000	001	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	001	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	001	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
002	100%	5.000.000	002	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	002	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	002	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
003	100%	5.000.000	003	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	003	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	003	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
004	100%	5.000.000	004	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	004	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	004	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
005	100%	5.000.000	005	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	005	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	005	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
006	100%	5.000.000	006	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	006	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	006	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
007	100%	5.000.000	007	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	007	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	007	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
008	100%	5.000.000	008	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	008	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	008	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
009	100%	5.000.000	009	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	009	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	009	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
010	100%	5.000.000	010	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	010	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	010	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
011	100%	5.000.000	011	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	011	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	011	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
012	100%	5.000.000	012	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	012	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	012	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
013	100%	5.000.000	013	10%	1.000.000	1.000.000	500.000	500.000	10%	013	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	013	10%	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000

IV. TOTALS

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	NINGUNA ARP	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 18.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 277.200

