



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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-feb.-21	Hasta: 28-feb.-21
Nombre del Contratista:	HERRERA MORA JOSE ALEJANDRO	Cédula: 1023862485
Correo Electrónico:	jherrera@iberoamericana.edu.co	Teléfono(s): 3187883266
Nombre del Supervisor - Planta:		Código-Grado:
Nombre del Supervisor - Contratista:	DIANA LUCIA VALLARINO VILLARREAL	Perfil: PROFESIONAL ESPECIALIZADO
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:		No. CTO: 1526-2021
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:		Código-Grado:
		No. CTO:

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001240	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	SIRC	N11TS	168		\$ 9.400	\$ 1.579.200	100,00%
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:	\$ 1.579.200	UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS 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			
						2	Febrero	\$ 1.579.200	
						3			
						4			
						5			
						6			
						7			
						8			
						9			
						10			
						11			
						12			
						13			

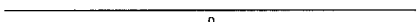
VALOR INICIAL DEL CONTRATO
\$ 5.414.400

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
\$ 5.414.400

PAGOS REALIZADOS
\$ 1.579.200

SALDO DEL CONTRATO
\$ 3.835.200

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	Prestar servicios técnicos como auxiliar de 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
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

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</small>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E			
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			CO-OPS-FT-11 V6
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					
PERÍODO AL QUE CORRESPONDE FI		FECHA DE PAGO		NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR \$ 1.255.680
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	
2021	1	2021	02	09	
				7778545739	
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS				UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS	
ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL		INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES
PENSIONADO	NO	PORVENIR		\$ 908.526	\$ 145.400
SALUD		NUEVA EPS			\$ 113.600
ARL	4	SURA			\$ -
CAJA DE COMPENSACION	SI				\$ 259.000
VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV					
\$ 259.000					
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO					
ENTIDAD BANCARIA:		BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA 450700088070
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  HERRERA MORA JOSE ALEJANDRO NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 1.023.862.485 CC. NO. CONTRATISTA </div> <div style="text-align: center;">  DIANA LUCIA VALLARINO VILLARREAL NOMBRE DEL SUPERVISOR PROFESIONAL ESPECIALIZADO </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN </div> </div>					
2021-02-12					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1023862485
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JOSE ALEJANDRO HERRERA MORA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 3 ESTE N6C-82 SUR	TELÉFONO: 3283738
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7778545739	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/02/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 887472881

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 155.000
SUBTOTAL:			1	\$ 155.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 121.100
SUBTOTAL:			1	\$ 121.100
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 19.400
SUBTOTAL:			1	\$ 19.400

TOTAL PAGADO:	\$ 295.500
----------------------	-------------------

