ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

| 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: | CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ | | Cédula: 1023911009 | | |
| Correo Electrónico: | CRISTIANFIGUEREDO@GMAIL.COM | | Teléfono(s): 3138462365 | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | DIANA LUCIA VALLARINO VILLARREAL | | Cargo: | Codigo-Grado: | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | | | Perfil: PROFESIONAL ESPECIALIZADO | No. CTO: | 1526-2021 |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | Código-Grado: | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | | | Perfil | No. CTO: | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 001241 | 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 | 240 | | $ 9.400 | $ 2.256.000 | 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: | $ 2.256.000 | DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS 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 | $ 5.414.400 | 72 | 1 | | |
| | | | | | | 2 | Febrero | $ 1.893.990 |
| | | | | | | 3 | Marzo | $ 1.893.990 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 1.893.990 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 2.256.000 |
| | | | | | | 6 | | |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 5.414.400 | $ 10.828.800 | $ 7.937.970 | $ 2.890.830 |

## 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 enfermeria) 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 complimiento 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 optimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación | LISTADO DE ASISTENCIA |
| 3 | Registrar en la historia clinica 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. | 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 |
| 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 optimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación | LISTADO DE ASISTENCIA |

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CO-OPS-FT-11 V6

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 1.893.999 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | 50658031 | | |
| 2021 | 4 | 2021 | 05 | 18 | | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA 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 | NO | | | $ 259.000 | $ 259.000 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 4870434729 |
|---|---|---|---|---|---|

CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.023.911.009
CC. NO. CONTRATISTA

DIANA LUCIA VALLARINO VILLARREAL
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Se certifica que **CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ**, identificada con **CC** número **1023911009**, aportó por el empleado **CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ**, identificado(a) con **CC** número **1023911009** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **50658031** para el periodo de salud **2021-04** y pensiones **2021-04** de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE | COMPAÑIA | SUBTIPO | IAP | PET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SAN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | ESP | SUSPENSION | DIAS | IBC | INDICA TARIFA PENSIÓN | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NUMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $908,526 | | $18,200 | $0 | $0 | Abril - 2021 | 50658031 | 18/05/2021 | N |
| EPS008 | Compensar EPS | 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $908,526 | | $113,600 | $0 | $0 | Abril - 2021 | 50658031 | 18/05/2021 | N |
| 230301 | Porvenir | 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $908,526 | | $145,400 | $0 | $0 | Abril - 2021 | 50658031 | 18/05/2021 | N |

El presente certificado se expide a los 15 días del mes Mayo de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Escaneado con CamScanner