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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	ALEIDA LUZ OVIEDO LICONA		Cédula:	1039080917			
Correo Electrónico:	ALEOVIEDO2537@GMAIL.COM		Teléfono(s):	3213117094			
Nombre del Supervisor - Planta:	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ		Cargo:	MEDICO GENERL	Codigo-Grado:	COD-211-GRADO 11	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	LILIANA ANDREA CABEZA SANABRIA		Perfil	REFERENTE DE PROCESO	No. CTO:	1449-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001170	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFEMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS 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	Ocultar							
URG OBSERVACION - USS EL TUNAL		TUNAL	B02TN	180	54	$ 9.400	$ 2.199.600	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:	$ 2.199.600	DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS 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		
						2	Febrero	$ 1.579.200
						3	Marzo	$ 2.312.400
						4	Abril	$ 2.199.600
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.768.000	$ 6.768.000	$ 6.091.200	$ 676.800

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 ENFEMERIA* 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 GARANTIA Y CALIDAD *SOGC* , Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES	RECIBO Y ENTRGA DE TURNO ,REVISION DE HISTOROA CLINICA ELECTRONICA,REGISTRO DE ACTIBIDADES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS	HISTORIA CLINICA
2	REALIZA ACTIVIDADES DEINFOMACION,EDUCACION,COMUNICACIÓN ,ENCAMINADAS APROMOVER Y PREVENIR LA ENFERMEDAD Y EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL ,FAMILIAR Y COMUNITARIA	REALIZAR PLANES DE CUIDADO CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA CADA UNO DE SUS PACIENTES SEGÚN SU PATOLOGIA Y REGISTRARLO EN TIEMPO REAL EN LA HISTORIA CINICA	HISTORIA CLINICA
3	REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LA INFORMACION DE LAINTERVENCION AL PACIENTE ,PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA,SIMULTANEA O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZACION,CON INTEGRIDAD ,SECUENCIALIDAD ,RACIONALIDAD CINETIFICA ,LOGICA,CLARA,COMPLETA Y DEMAS CRITERIOS QE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O ENTES COMPETETENTES QUE REGULAN LA MATERIA ,E INFORMAR DE FORMA OPORTUNA A LA ENFERMERA O MEDICO DEL SERVICIO LOS CAMBIOS EN EL ESTADO O EVOLUCION DEL PACIENTE	REALIZAR PLANES DE CUIDADO CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA CADA UNO DE SUS PACIENTES SEGÚN SU PATOLOGIA Y REGISTRARLO EN TIEMPO REAL EN LA HISTORIA CINICA ,REVISION DE HISTORIA CLINICA ELECTRONICA ,REGISTRO EN TIEMPO REAL DE LAS ACTIVIDADES DE CADA UNO D ELOS PACIENTES ASIGNADOS	HISTORIA CLINICA

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 ELABORACION, ACTUALIZACION DE FORMATOS, GUIAS, PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA Y ADHERIRSE A LOS MISMOS, INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS CASOS PERTINENTES GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD	VERIFICAR CONSENTIMIENTOS ESTABLECIDOS, DILIGENCIADO Y DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL PACIENTE SEGÚN CORRESPONDA A CADA PACIENTE	HISTORIA CLINICA
5	APOYAR EL PROCESO DE ALTA TEMPRANA, FORTALECIENDO CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE Y LA FAMILIA EN LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES, AUTOCUIDADO Y CUIDADOS ESPECIFICOS DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES MEDICAS, DEJANDO REGISTRO ESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA O DOCUMENTOS DESTINADOS POR LA INSTITUCION	DAR INFORMACION CLARA AL PACIENTE Y A SU FAMILIAR CON RESPECTO A LA ADECUADA TOMA DE MEDICAMENTOS SEGÚN FORMULACION DEL MEDICO TRATANTE, DAR RECOMENDACIONES SEGÚN CORRESPONDA EN CADA CASO, PROMOVIENDO EL AUTOCUIDADO	HISTORIA CLINICA
6	OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES	ASISTENCIA EN AUTOCUIDADO, ALIMENTACION, ELIMINACION Y TODAS LAS ACTIVIDADES Y APOYO DE ACUERDO A LA CONDICION CLINICA DEL PACIENTE	HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO				NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES		DIA			
2021	3	2021	04	7	14	1037168791	$	2.312.400

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL CUATROCIENTOS PESOS

ITEM		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	$ 924.960	$ 148.000	$ 148.000
SALUD		FAMISANAR		$ 115.600	$ 115.600
ARL	3	SURA		$ 22.500	$ 22.500
CAJA DE COMPENSACION	NO	NO		$ 286.100	$ 286.100

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	*488403030952

1039080917

ADRIANA LUZ OVIEDO LICONA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.039.080.917
CC. NO. CONTRATISTA

ULIANA ANDREA CABEZA SANABRIA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISION
REFERENTE DE PROCESO

Jorge Jonathan Bautista Hernandez
C.C. 80791644
Especialista - Referente de Urgencias
SUBRED SUR
NOMBRE SUPERVISOR
MEDICO GENERAL

2021-02-12

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-04-14, 09:51:13 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1037168791

Periodo Cotización 202103 **Periodo Servicio** 202103

Cliente:

PAGADA 2021-04-14

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEYDA LUZ OVIEDO LICONA				
Documento	CC 1039080917	**Dirección**	CR 19A SUR #53 A - 19 SAN CARLOS		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3213117094		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1039080917		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					OVIEDO LICONA ALEYDA LUZ	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
IGE	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**COR**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRP**	**Días AFP**	**Días EPS**	**Días ARP**	**Días CCF**				**Código AFP**	**Código Tras AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
																0	30	30	30	0			$ 908.526	230201		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-11	3	2.436 %	$ 908.526	$ 22.200	NN CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

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
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

Líneas 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 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-04-19, 11:06:23 AM **Tipo Planilla** N **Número Planilla** 1037230021

Planilla Corregida Nro 1037168791 **Periodo Cotización** 202103 **Periodo Servicio** 202103

Cliente:

PAGADA 2021-04-19

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEYDA LUZ OVIEDO LICONA				
Documento	CC 1039080917	**Dirección**	CR 19A SUR #53 A - 19 SAN CARLOS		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3213117094		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1039080917		**Residente**		**Exonerado**	**N**	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					OVIEDO LICONA ALEYDA LUZ	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
							C								0	30	30	30	0			$ 908.526	230201		16 %	$ 824.960	$ 148.000	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 824.960	$ 115.700	$ 0	14-11	3	2.436 %	$ 824.960	$ 22.600	N/N-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

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
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 2.600	$ 0	$ 0	$ 2.100	$ 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.100

Líneas 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 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Escaneado con CamScanner