ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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-jun-21		Hasta:	30-jun-21		
Nombre del Contratista:	GLORIA MARCELA RADA GAITA			Cédula:	1110175379		
Correo Electrónico:	marcelitalmar_02@hotmail.com			Teléfono(s):	3219428802		
Nombre del Supervisor - Planta:	MARISOL VELANDIA			Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Codigo-Grado:	242-28

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001231	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL EN LA SURED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCIÓN DE URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS JERUSALEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS	UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE URGENCIAS Ocultar							
URG OBSERVACION - USS JERUSALEN	JERUSALEN	B02VC	180	66	$ 9.400	$ 2.312.400	100,00%
						$ -	
						$ -	

VALOR SERVICIO PRESTADO MES: $ 2.312.400 DOS MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL CUATROCIENTOS 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	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 1.917.600	955	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 2.970.400	1575	2	Febrero	$ 1.579.200
						3	Marzo	$ 1.692.000
						4	Abril	$ 1.692.000
						5	Mayo	$ 1.804.800
						6	Junio	$ 2.312.400
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.768.000	$ 11.656.000	$ 9.080.400	$ 2.575.600

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 apoyo tecnico en el servicio de enfermeria de la subred integrada de servicios de salud sur, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta .	cumplir con los turnos programados , realizacion de actividades de cuidado según orientacion del enfermero del servicio.	Historias clinicas de los pacientes atendidos dentro de los turnos programados
2	participar según su competencia en la atencion que deba realizar el contratante a los diferentes usuarios internos y externos que vigilen su actuar en la prestacion del servicio de salud.	Aplicación de los protocolos, guias y manuales institucionales en el desarrollo de las actividades de cuidado a los pacientes atendidos	Historias clinicas y listas de chequeo de infecciones
3	Brindar Atención y acompañamiento contenido al paciente que se encuentra en el area asistencial de la subred integrada de Servicios se salud Sur E.S.E de acuerdo a los cuidados que requiera, basado en la normatividad vigente, cumpliendo con lo establecido en los manuales de Bioseguridad	Ejecutar tratamientos, inyectologia, veno punciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos establecidos.	Lista de chequeo de infecciones, sondas y cateteres
4	Diligenciar de forma clara, correcta y oportunamente los planes de cuidado de enfermeria, en el sistema de información de la Subred y la Historia Clinica, cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Registro claro, corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como auxiliar de enfermeria.	Historrias de los usuarios atendidos
5	Velar por el correcto uso de los insumos que la Subred le confie para la ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contracto, las novedades y observaciones que puedan afectarlos.	Realización de la entrega y recibo de turno según programación, cumpliendo protocolo institucional	Supervisión del jefe del servicio
6		Realización de las actividades de cuidado y control de signos vitales, control de liquidos y ordenes de enfermeria.	Registros en historia clinica
7		Realización de educación a los pacientes atendidos en los turnos programados, según condiciones clinicas	Registro en historia clinica

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL CUAL CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.804.800
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	5	2021	06	15	51093784		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS 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	COLFONDOS	$ 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	004870415074

Gloria Marcela Rada Gaita

GLORIA MARCELA RADA GAITA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.110.175.379
CC. NO. CONTRATISTA

MARISOL VELANDIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

2021-07-12

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	GLORIA MARCELA RADA GAITA	**NIT:**	1110175379
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	mayo 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	mayo 2021
Número de Radicación:	51093784	**Total a pagar:**	$281,200
Fecha de vencimiento:	16/06/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	15/06/2021	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	1023051980
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$22,200
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$145,400
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$113,600
						$281,200

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

rtículos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción

lan con los criterios de búsqueda especificados

lel contrato

ción	Nombre del archivo
da.Cuenta de cobro febrero pdf	gloria rada.pdf
arcela Rada. Cuenta marzo 2021.pdf	rada marzo.pdf
arcela Rada Cuenta Abril 2021.pdf	Rada Abril.pdf
arcela Rada Cuenta mayo 2021.pdf	GM Rada mayo.pdf