| 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-jun.-21 | Hasta: | 30-jun.-21 | | |
| Nombre del Contratista: | LUZ ADRIANA SALCEDO GONZALEZ | | Cédula: | 52461288 | | |
| Correo Electrónico: | lasg_03@yahoo.com.co | | Teléfono(s): | 3142090857 | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ | | Cargo: | MEDICO GENERAL | Código-Grado: | CODIGO 211-GRADO 11 |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | |
| Apoyo técnico a la supervisión - Planta: | | | Cargo: | | Código-Grado: | |
| Apoyo técnico a la supervisión - Contratista: | EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN | | Perfil | PROFESIONAL GESTION ADMI | No. CTO: | 4674-2021 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 001321 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 72 |
| PERFIL: | ENFERMERA | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION DE SERVICIOS 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 | BOATN | 180 | | $ 17.400 | $ 3.132.000 | 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: | $ 3.132.000 | TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS 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 | 2021-05-01 | 2021-06-30 | 1 | 10335600 | 955 | 1 | | |
| | | | | | | 2 | Febrero | $ 2.923.200 |
| | | | | | | 3 | Marzo | $ 4.280.400 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 2.923.200 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 3.132.000 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 3.132.000 |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 9.396.000 | $ 19.731.600 | $ 16.390.800 | $ 3.340.800 |

## 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 | 1). Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) 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. | Cuidado integral al sujeto de cuidado,según el servicio y turno asignado por programación del supervisor, en cumplimiento a las guías y protocolos, verificando el cumplimiento de actividades del personal de apoyo que da continuidad al tratamiento del paciente. | Notas de Enfermería y auditorias concurrentes |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 |
| 2 | 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. | Cuidar y velar por la correcta distribución de los insumos que le son confiados para la atención de los pacientes. | Formatos , guías y protocolos |
| 3 | 3). Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), 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) | Cuidado directo al paciente como toma de signos vitales , hoja neurologica, control de liquidos, aseo de pacientes, canalización de venas, toma de muestras de laboratorio , rotulación de liquidos y mezclas. | Notas de Enfermería en Historias Clínicas |
| 4 | 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 | Apoyar al médico tratante los procedimientos requeridos en la atención de pacientes y verificar que los insumos necesarios sean suministrados a los pacientes en forma correcta. | Protocolos y Procedimientos. |
| 5 | 5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución. | Registrar oportunamente en las historias clínicas los medicamentos del plan de cuidado y tratamiento del paciente según el servicio asignado. | Historia Clínica |
| 6 | 6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a los diferentes rutas de atención en salud | Apoyar al médico tratante los procedimientos requeridos en la atención de pacientes y verificar que los insumos necesarios sean suministrados a los pacientes en forma correcta. | Notas de Enfermería |
| 7 | 7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya | Promover auto cuidado de los pacientes interdisciplinariamente según su patología garantizando adherencia al tratamiento con educación. | Notas de Enfermería |
| 8 | 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales | Control de insumos del servicio que requiere el paciente ( bodega) de insumos de cada servicio, utilizar racionalmente el material de consumo y equipos que sea necesario para cumplir el objeto contractual y reportar novedades de su funcionamiento. | Insumos y materiales edico-quirurgico |
| 9 | 9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya | Cuidar y velar por la correcta distribución de los insumos que le son confiados para la atención de los pacientes. | Planillas y formatos |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | Las demas actividades que el supervisor asigne de acuerdo a la programación de agendas de turnos | Programacion de Agendas |

## 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 | 5 | 2021 | 06 | 15 | 51304685 | | $ 3.132.000 |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL PESOS

| ITEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGÚRIDAD 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 | $ 1.252.800 | $ 200.400 | $ 200.500 |
| SALUD | | NUEVA EPS | | $ 156.600 | $ 156.700 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 30.500 | $ 30.600 |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | NINGUNA | | $ 387.500 | $ 387.800 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DE BOGOTÁ | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 83289074 |
|---|---|---|---|---|---|

LUZ ADRIANA SALCEDO GONZALEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.461.288
CC. NO. CONTRATISTA

Jorge Jonathan Bautista Hernandez
C.C. 80.791.644
Referente de Urgencias
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
NOMBRE DEL SUPERVISOR
MEDICO GENERAL

EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL GESTION ADMINSITRATIVA EN SALUD

2021-02-12

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52461286 | luz adriana salcedo gonzalez | cra 51#74a 03 | 3142090857 | lasg_03@yahoo.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2021-05 | 2021-05 | 1 | 15/06/2021 | 51304666 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $387.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 156.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 156.700 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 200.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 200.500 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 30.600 | | | | 30.600 | 0 | 0 | 30.600 | | | 306 | 30.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 156.700 | 156.700 |
| Pensión | 1 | 200.500 | 200.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 30.600 | 30.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 387.800 | 387.800 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52461288 | luz adriana salcedo gonzalez | | cra 51#74a 03 | 3142090857 | lasg_03@yahoo.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-05 | 2021-05 | I | 15/06/2021 | 51304686 | $387.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Residente | Extranjero | Colom. exterior | Extranjero | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntad. Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 52461288 | SALCEDO GONZALEZ LUZ ADRIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | X | | | | | | | | 230201 | 1.253.000 | 200,506 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.253.000 | 158,760 | 14-11 | 1.253.000 | 3 | 30.800 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

26 % 7:45

Editar
secop.gov.co





1. Información general
2. Información
3. Bienes y servicios
4. Documentos del Proveedor
5. Información del contrato
6. Información presupuestal
7. Ejecución del Contrato
8. Modificaciones del Contrato
9. Terminación

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de codigos de autorizacion? Si No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | LUZ ADRIANA SALCEDO.pdf | LUZ ADRIANA SALCEDO.pdf | Proveedor | | |
| | CUENTA MES MARZO- CTO 1321-2021.pdf | CUENTA MES MARZO- CTO 1321-2021.pdf | Proveedor | | |
| | luz adriana salcedo 1321.pdf | luz adriana salcedo 1321.pdf | Proveedor | | |
| | adriana Salcedo cuenta mayo.pdf | adriana Salcedo cuenta mayo.pdf | Proveedor | | |

Borrar Cargar archivo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

Escaneado con CamScanner

MiPlanilla.com
pendientes.miplanilla.com

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión.

compensar | miplanilla.com

Periodo Pago Mayo 2021 Periodo Salud Mayo 2021 Junio 16 de 2021 7:48 AM

Resumen de pago

# Planillas / Resumen de pago

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa | [illegible] | Nit | [illegible] |
| Tipo planilla | [illegible] | Periodo liquidacion Pensiones | [illegible] |
| Sucursal o Dependencia | [illegible] | Periodo liquidacion Salud | [illegible] |
| Numero de radicacion | [illegible] | Total a pagar | [illegible] |
| Fecha de vencimiento | [illegible] | Total de empleados | [illegible] |
| Fecha de pago | [illegible] | Numero de administradores | [illegible] |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razon social recaudo | [illegible] | Nit recaudo | [illegible] |
| Descripción | [illegible] | Medio de pago | [illegible] |
| Banco | BANCO DE BOGOTA | Numero de aprobación | [illegible] |
| Estado de la transacción | [illegible] | | |

## Totales

| Codigo | Nit | Administradora | No Afiliados | Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor de cotizacion en incapacidad y/o licencia | Total pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] |
| | | | | | | $307,900 |

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



Escaneado con CamScanner