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:	ALEIDA LUZ OVIEDO LICONA			Cédula:	1039080917		
Correo Electrónico:	ALEOVIEDO2537@GMAIL.COM			Telefono(s):	3213117094		
Nombre del Supervisor - Planta:	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ			Cargo:	MEDICO GENERAL	Codigo-Grado:	COD-211-GRADO 11
Nombre del Supervisor - Contratista:				Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:				Cargo:		Codigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN			Perfil	REFERENTE DE PROCESO	No. CTO:	4614-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001170	Año Contrato	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	72
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
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	BOZEN	180	36	$ 9.400	$ 2.030.400	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCIÓN 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:	$ 2.030.400	DOS MILLONES TREINTA MIL CUATROCIENTOS 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	2021-08-30	1	$ 3.891.600	555	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 2.030.400	1575	2	Febrero	$ 1.579.200
						3	Marzo	$ 2.312.400
						4	Abril	$ 2.199.600
						5	Mayo	$ 2.143.200
						6	Junio	$ 2.030.400
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.768.000	$ 12.690.000	$ 10.264.800	$ 2.425.200

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 *SGSSS*,SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA Y CALIDAD *SOGC* Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO; REVISION DE HISTORIA CLINICA ELECTRONICA,REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS	HISTORIA CLINICA
2	REALIZA ACTIVIDADES DE INFORMACION,EDUCACION,COMUNICACIÓN ,ENCAMINADAS A PROMOVER 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 CLINICA	HISTORIA CLINICA
3	REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LA INFORMACION DE LA INTERVENCION AL PACIENTE ,PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA,SIMULTANEA O INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE SU REALIZACION,CON INTEGRIDAD SECUENCIALIDAD ,RACIONALIDAD CIENTÍFICA ,LÓGICA,CLARA,COMPLETA Y DEMÁS CRITERIOS QUE 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 CLINICA ,REVISION DE HISTORIA CLINICA ELECTRONICA ,REGISTRO EN TIEMPO REAL DE LAS ACTIVIDADES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS	HISTORIA CLINICA
4	APOYAR LA ELABORACION ,ACTUALIZACIÓN 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 FORMULACIÓN 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

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

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	17	1038512900		$ 2.143.200

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS 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	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		FAMISANAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO	NO		$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	*488408080952

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

EVELYN TATIANA CAPERA BARRAGAN
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTE DE PROCESO

Jorge Jonathan Bautista Hernández
C.C. 80.791.844
Especialista en Urgencias
SUBRED SUR
MEDICO GENERAL

2021-02-11

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

Fecha creación reporte 2021-06-17, 11:09:27 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1038512900

Período Cotización 202105 Período Servicio 202105

Cliente:

PAGADA 2021-06-17

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																			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF
															0	30	30	30	0

Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						
			Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
		$ 908.526	230201		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0

Salud						Riesgos				
Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos
EPS017		12.5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-11	3	2.436 %	$ 908.526	$ 22.200

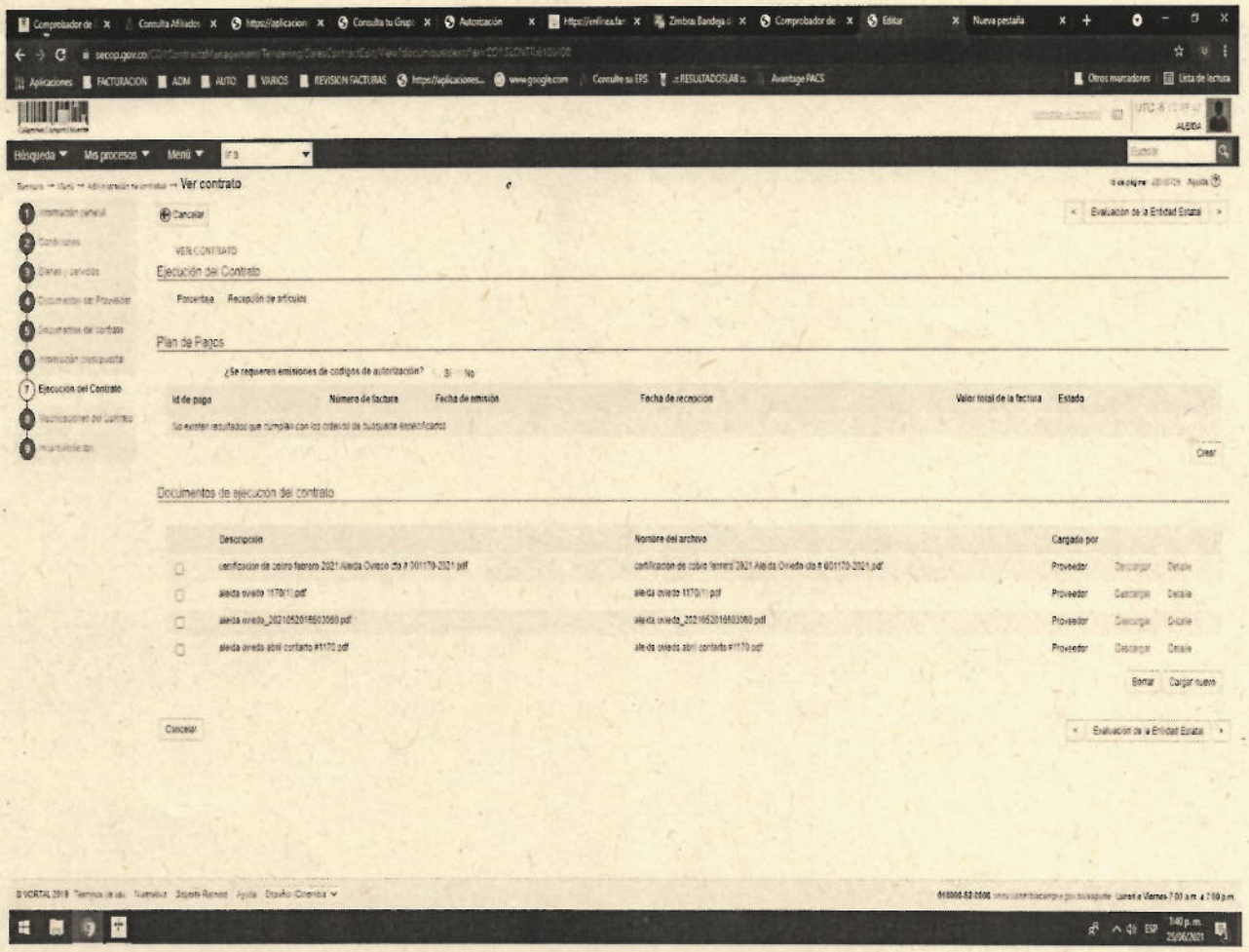
Caja				Parafiscales			
Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

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!


Ver contrato
Cancelar
Evaluacion de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de codigos de autorización?
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
certificacion de cobro febrero 2021 Aleida Oviedo cto # 001170-2021.pdf
certificacion de cobro febrero 2021 Aleida Oviedo cto # 001170-2021.pdf
Proveedor
aleida oviedo 1170(1).pdf
aleida oviedo 1170(1).pdf
Proveedor
aleida oviedo_20210520160603060.pdf
aleida oviedo_20210520160603060.pdf
Proveedor
aleida oviedo abril contarto #1170.pdf
aleida oviedo abril contarto #1170.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluacion de la Entidad Estatal
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
ESP
1:40 p.m.
25/06/2021