| 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-jul.-21 | Hasta: | 31-jul.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | Maria Cristina Jaimes Duarte | | Cédula: | 1127619915 | | | |
| Correo Electrónico: | duar-jai@hotmail.com | | Teléfono(s): | 3508395810 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | KARLO ROBERTO REYES BARRERA | | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | Codigo-Grado: | CODIGO 242 GRADO 30 | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | Còdigo-Grado: | CODIGO 242 GRADO 25 | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 006181 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 1279 |
| PERFIL: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION HOPITALARIOS | | | | |
| 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 | Ocultar | | | | | | | |
| HOSP ATENCION DOMICILIARIA - UMHES EL TUNAL- CONVENIO 031/2020 - Convenio AMED. | | TUNAL | I18TN031 | 68 | | $ 8.720 | $ 592.960 | 36,56% |
| HOSP GENERAL - USS MEISSEN | | MEISEN | I01ME | 118 | | $ 8.720 | $ 1.028.960 | 63,44% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| 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: | $ 1.621.920 | UN MILLON SEISCIENTOS VEINTIUN MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 18/05/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 29/06/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2021-06-30 | 2021-07-29 | 1 | $ 1.621.920 | 1575 | 1 | | |
| | | | | | | 2 | | |
| | | | | | | 3 | | |
| | | | | | | 4 | | |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 627.840 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 1.621.920 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 1.621.920 |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2.249.760 | $ 3.871.680 | $ 3.871.680 | $ - |

## 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-Realizar las acciones de cuidado del paciente en lo de su competencia, en relación a cuidados básicos en domicilio o en la unidad de servicios de salud y la estrategia de consultorios dinamizadores de la Subred Sur. | Toma de laboratorios , canalizacion , atencion urgencias ginecologicas | turno |
| 2 | 2-Apoyar la caracterizacion poblacional en lo de su competencia en la población y territorios a cargo. | monitorizacion fetal | turno |
| 3 | 3-Proveer atenciones e información educación y comunicación al usuario y su familia de acuerdo con las directrices dadas en el convenio e implementado todos las guías, protocolos, proceso y procedimientos a los que | asistencia en puerperio , asistencia a recien nacidos | turno |
| 4 | 4-Diligenciar oportunamente y formatos e instrumentos requeridos en el convenio. | Diligenciamiento y entrega con calidad de base de datos de caracterización familiar. | Base de datos, actas |
| 5 | 5-Informar oportunamente al equipo de salud los hallazgos o gestiones requeridas para apoyar la gestión de los equipos territoriales .6-Realizar canalización los pacientes y familias atendidas de acuerdo a directrices y | Comunicación interna en el equipo de salud territorial en relación a hallazgos o gestiones requeridas de acuerdo a caracterización familiar | Acta de comité de cuidado con hallazgos y gestiones requeridas |
| 6 | 6-Realizar canalización los pacientes y familias atendidas de acuerdo a directrices y protocolos institucionales. | Canalizaciones según necesidad | Formato de canalizaciones |
| 7 | 7-Integrar las acciones necesarias con las rutas integrales de atención en salud en procura de mejorar la atención integral en salud desde su competencia. | Canalización a las distintas RIAS según necesidad | Formato de canalizaciones |
| 8 | 8-Participar en los proceso de induccion y capacitacion a los qua haya lugar, procurando mantenerse permanente actualizado en las actividades de competencia. | Se participa en reunión de inducción de la Subred Sur, inducción de la SDS, capacitación en Ruta Materno Perinatal y PSPIC. | Actas y listados de asistencia |

| ALCALDIA 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 | 9-Construir y entregar los informes requeridos. | Se participa en comité del cuidado | Actas |
| 10 | 10-Desarrollar las demás acciones que se requieran en el marco del cumplimento del contrato. | Se realizaron todas las acciones requeridas para el cumplimiento del contrato. | Se entregaron informes, base de datos y ruta de cumplimiento de visitas domiciliarias. |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

## 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 | 6 | 2021 | 07 | 10 | 8351454892 | | $ 1.621.920 |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON SEISCIENTOS VEINTIUN MIL NOVECIENTOS VEINTE 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 | complensiones | $ 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 CAJA SOCIAL | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 24076349830 |
|---|---|---|---|---|---|

Maria Cristina Jaimes Duarte
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.127.619.915
CC No. CONTRATISTA

MARLO ROBERTO REYES BARRERA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

Yolanda Janneth Gutierrez Montilla
52.[illegible]
Profesional Especializada en Salud
YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

2021-02-12

compensar | miplanilla.com

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

El aportante **Maria Cristina Jaimes Duarte**, identificado con **CC** número **1127619915**, aportó en nombre de **MARIA CRISTINA JAIMES DUARTE**, identificado(a) con **CC** número **1127619915** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **3 - Independiente** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2021-06** y salud **2021-06** de la siguiente manera:

| CODIGO | NOMBRE DE ADMINISTRADORA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SAN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECION | DIAS | IBC | COTIZACIÓN | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NUMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $908.526 | $145.400 | $0 | $0 | Junio - 2021 | 8351454892 | 12/07/2021 | N |
| EPS008 | Compensar EPS | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $908.526 | $113.600 | $0 | $0 | Junio - 2021 | 8351454892 | 12/07/2021 | N |

PAGADO

El presente certificado se expide a los 12 días del mes Julio de 2021

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

Banco Caja Social
Su banco amigo.

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

MARIA CRISTINA JAIMES DUARTE Identificado con CC 1127619915

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina UNICENTRO, con las siguientes caracteristicas:

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24076349830 |
| **Fecha de apertura:** | 18 de Agosto de 2017 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 22 del mes Julio de 2021.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social





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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☑ | CERTIFICADO ARL CTO-6181-2021.pdf | CERTIFICADO ARL CTO-6181-2021.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO CTO 6181- 2021.pdf | MAYO - 6181.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO 6181-2021_1.pdf | CUENTA JUNIO CTO 6181-2021_1.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >