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: | CLAUDIA PATRICIA ARAGON ORTIZ | | Cédula: | 1030569142 | | | |
| Correo Electrónico: | patt0213@gmail.com | | Teléfono(s): | 3104873915 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO | | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | Codigo-Grado: | 242-30 | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | | Còdigo-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 001694 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 72 |
| PERFIL: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | CAPS VISTA HERMOSA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS Ocultar | | | | | | | |
| OTROS ENFERMERIA - CAPS VISTA HERMOSA | VISTA HERMOSA | N04VB | 186 | 0 | $ 8.150 | $ 1.515.900 | 100,00% |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 1.515.900 | UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS 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 | $ 3.031.800 | 960 | 1 | | |
| 2 | 2021-07-01 | 2021-08-31 | 2 | $ 1.515.900 | 1578 | 2 | Febrero | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 3 | Marzo | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4.547.700 | $ 9.095.400 | $ 9.095.400 | $ - |

## 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 servicio de enfermería de la subred sur, con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, seguros, eficientes y humanizados y | Medios de proteccion como gafas, guantes , tapabocas , etc | supervision del area |
| 2 | Participar según su competencia en la atención que deba realizar el contratante a los diferentes usuarios internos y externos que vigilen su actuar en la prestación del servicio de salud. | Atender las actividades de auxiliar enfermeria según orden medica | Planillas |
| 3 | Cumplir la meta de producción acordada con el supervisor del contrato para efectos de las actividades y productos contratados. | Entrega al paciente los registros de la atencion medica | Historia Clinica |
| 4 | Diligenciar de forma clara correcta y oportunamente los planes de cuidado de enfermería en el sistema de información de la subred sur y la historia clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad | Acatar las normas, protocolos y procedimientos del area | Planillas de Adherencia |
| 5 | Velar por el correcto uso de los insumos que la subred le confíe para la ejecución de sus actividades pactadas informando oportunamente al supervisor del contrato las novedades y observaciones que puedan afectarlos. | Llamar pacientes para confirmar citas | Planillas d eCitas |
| 6 | Brindar asistencia en los procedimientos propios del servicio y apoyar al equipo medico en la realización de procedimientos especiales cuando sean requeridos. | Realizar aseo y desinfeccion diaria | Registro diario de aseo |
| 7 | Promover en los usuarios la generación de estilos habitos y conductas de vida saludable mediante acciones de educación. | Verificar inventario diariamente y registrarlo | Planilla de inventario |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 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 | $ 1.515.900 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | 51884327 | | |
| 2021 | 6 | 2021 | 07 | 09 | | | |
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS | | UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS 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 |
|---|---|---|---|---|

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | | |
|---|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | CO-OPS-FT-11 V6 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | PORVENIR | $ 908.526 | $ 145.400 | $ | 145.400 |
| SALUD | | SURA | | $ 113.600 | $ | 113.600 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 22.100 | $ | 22.200 |
| CAJA DE COMPENSACION | SI | CAFAM | | $ 281.100 | $ | 281.200 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 055048841403815 5 |
|---|---|---|---|---|---|

CLAUDIA PATRICIA ARAGON ORTIZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.030.569.142
CC. NO. CONTRATISTA

YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR
#¡REF!

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE LA SALUD

2021-02-12

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



# Planillas / Resumen de pago

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | CLAUDIA PATRICIA ARAGON ORTIZ | **Nit:** | 1030569142 |
| **Tipo planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones** | Junio 2021 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | Junio 2021 |
| **Número de radicación:** | 51884327 | **Total a pagar:** | $299,400 |
| **Fecha de vencimiento:** | 12/07/2021 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de pago:** | 09/07/2021 | **Número de administradoras:** | 4 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



## DATOS GENERALES

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION (U C S D) | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1030569142- | CLAUDIA PATRICIA ARAGON ORTIZ | U | | |

## PERIODOS DE COTIZACION

| SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO |
|---|---|---|---|
| 2021 | 6 | 2021 | 5188432 |

| NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|
| | PUBLICA / PRIVADA / MIXTA: B | PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE: B | 14-11 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| kr 19a n.50a-75 | BOGOTÁ, D.C. | 11001 | BOGOTÁ D. C. | 11 | 3104873915 | | patt0213@hotmail.com | 7490 | 908.526 | 1 | 2021/07/09 | 1054203122 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC MATERNIDAD No.AUT | LIC MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 800088702-2 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 113.600 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 0 | | 0 | 0 | 113.600 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 800224808-8 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.400 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF21 | 860013570-3 | 18.200 | 0 | 0 | 18.200 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790-5 | 22.200 | | 0 | 0 | 22.200 |

| DIAS MORA | INTERES MORA COTI | SUBTOTAL APORT COTIZ | No. RADICAC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR | FONDO SOLIDARIDAD | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 22.200 | | 0 | 222 | 22.200 |

## NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 1 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 4 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

## TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE ICBF,MIN,IRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 145.400 | 145.400 |
| SALUD | 113.600 | 113.600 |
| RIESGOS LABORALES | 22.200 | 22.200 |
| CCF | 18.200 | 18.200 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 299.400 | 299.400 |

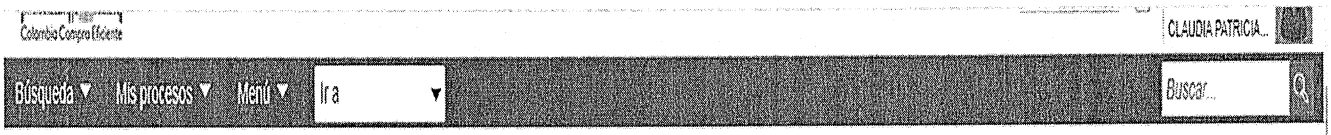
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | PERIODO COTIZANTE | EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 1030569142 | ARAGON ORTIZ CLAUDIA PATRICIA | EPS010 | 230301 | CCF21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 908.526 | 908.526 | 908.526 | 908.526 | 0 | | | 145.400 | 0 | 0 | 113.600 | 0 |

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




Escritorio ↦ Menú ↦ Administración de contratos ↦ **Ver contrato**

Id de página: 23000726 Ayuda

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA FEBRERO - CTO No.1694-2021pdf | Febrero 1694-2021(1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | 1030559142.pdf (Archivado) | 1030559142.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | 1694.pdf (Archivado) | 1694.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | MAYO 2021.pdf (Archivado) | MAYO 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | ABRIL 2021.pdf (Archivado) | ABRIL 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO- CTO No.1694 - 2021.pdf | MARZO- 1694 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL - CTO No.1694 -2021pdf | ABRIL -1694 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO- CTO No.1694 -2021.pdf | MAYO-1694 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO-CTO NO. 1694-2021.pdf | CUENTA JUNIO-CTO NO. 1694-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |