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 V8

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	21-jun.-21		Hasta:	30-jun.-21		
Nombre del Contratista:	DOLLY VEGA DELGADO			Cédula:	39761303		
Correo Electrónico:	Stelladelgado12 10@gmail.com			Teléfono(s):	3115059081		
Nombre del Supervisor - Planta:				Cargo:		Código-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	YULY ANDREA BUITRAGO MELO			Perfil	PROFESIONAL SALUD ESPECIA	No. CTO:	9821-2021
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:				Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	JOSE LUIS TEJEIRO			Perfil		No. CTO:	6654-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	6404-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	1692
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALIZACION				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS TUNJUELITO				

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							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
							$ -	0.00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
HOSP MEDICINA INTERNA - USS TUNJUELITO		TUNJUELITO	106/T	66		$ 9.400	$ 620.400	100.00%
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:	$ 620.400	SEISCIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		18/06/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/07/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1	Enero	
						2	Febrero	
						3	marzo	
						4	ABRIL	
						5	mayo	
						6	Junio	$ 620.400
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.425.200	$ 2.425.200	$ 620.400	$ 1.804.800

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 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 (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	brindar atencion integral según mi labor como auxiliar de enfermeria a los usuatrios internos y externos vigilando y educando una adecuada antencion en salud.	REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA.
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.	brindar atencion integral según mi labor como auxiliar de enfermeria a los usuatrios internos y externos vigilando y educando una adecuada antencion en salud.	REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA.
3	3). Registrar en la historia clinica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultánea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (lógica, clara, completa) y demàs criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	se da uso de las actividades acordadas con el supervisor del contrato, cumpliendo con las actividades y productos contractuales registrados en mi contrato como prestador de servicios de salud para mi labor como auxiliar de enfermeria	REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA.

Escaneado con CamScanner

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-11.0

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.	se diligenciará de forma clara, correcta y oportuna en el registro de enfermería y demás documentos todo lo realizado con el paciente.	REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA.
5	5) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	se da uso adecuado de los recursos, equipos, medicamentos y insumos brindados por la subred sur para la ejecución de la adecuada atención de los pacientes y se informara oportunamente las novedades que se presenten con los ya mencionados	REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA.

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	51301624	

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: 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 un SMLMV
PENSIONADO	NO	proteccion			
SALUD	3	salud total	$ 908.526		
ARL	NO	SURA			$
CAJA DE COMPENSACION					

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

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

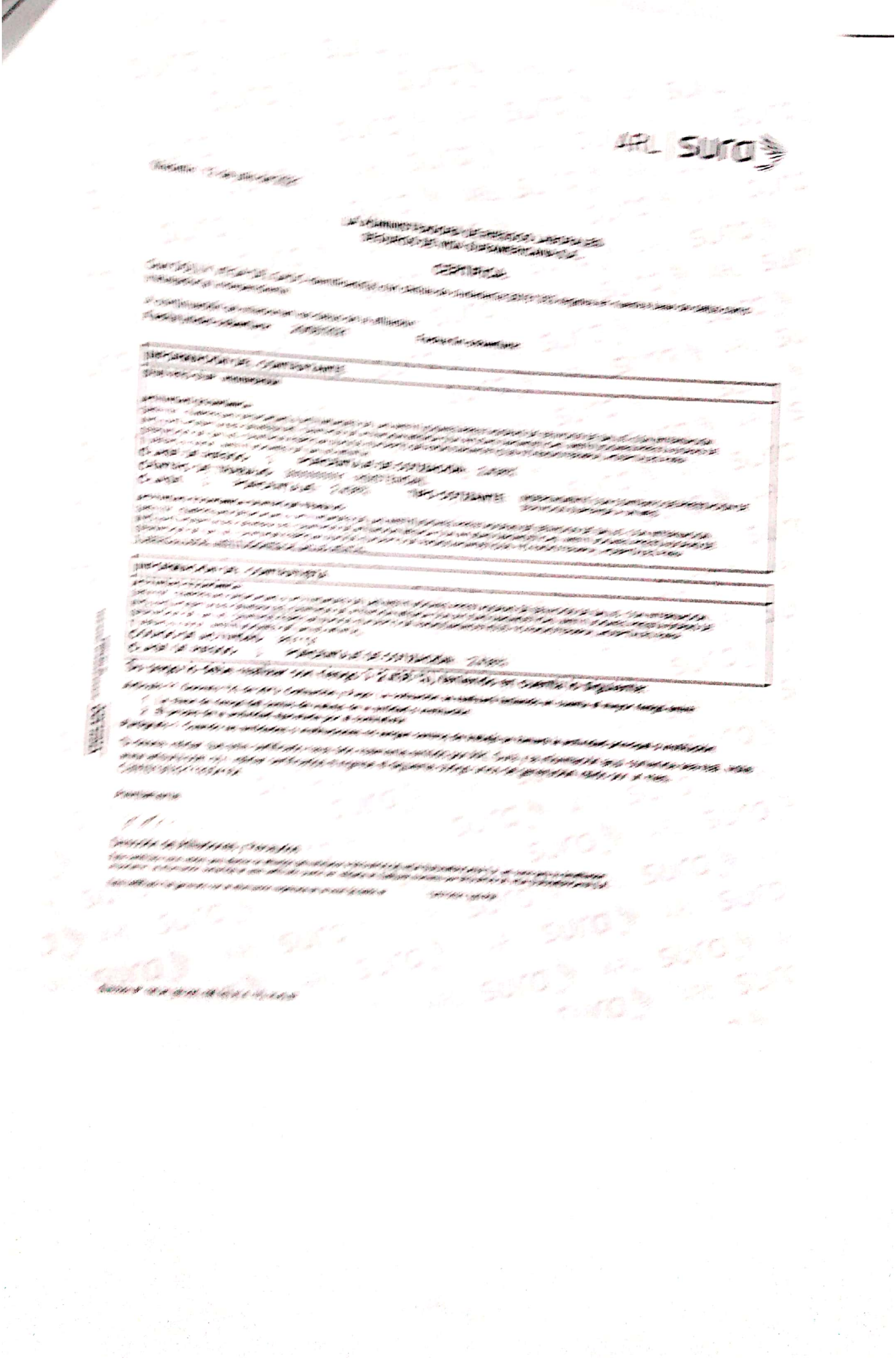
DOLLY VEGA DELGADO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
39.761.303
CC. NO. CONTRATISTA

JOSE LUIS TEJEIRO
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

YULY ANDREA BUITRAGO MELO
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL SALUD ESPECIALIZADO-REFERENTE UNIDAD

2021-02-12

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VEGA DELGADO DOLLY** identificado(a) con CC número **39.761.303** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de octubre de 2002 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de junio de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4006757130	2|4|0|6|2|0|2|1

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo afil acion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐
3. Regimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐
Codigo (a registrar por la EPS): 59

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: VEGA	Segundo apellido: DELGADO	Primer nombre: DOLLY	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 39761303	9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: 2|2|0|3|1|9|7|3
11. Etnia: 6	12. Discapacidad: Tipo [F|N|M] Condicion [T|P]	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de poblacion especial
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	16. Administradora de Pensiones: PROTECCION	17. Ingreso base de cotizacion - IBC: 908526	
18. Residencia: Dirección: TV 46A N 72A 74 Apto 301	Teléfono fijo: 3115059081	Teléfono celular	Correo electronico: STELLADELGADO12.10@GMAIL.COM

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Datos personales						
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento	Municipio/Distrito: BOGOTA	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna
						Departamento: BOGOTA

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			Femenino	Masculino	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Datos complementarios		31. Discapacidad				
	29. Parentesco	30. Etnia	F	Tipo N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
DOLLY VEGA DELGADO	CC	39761303	01

39. Ubicación				
CL 163 A 18 A 08 (Dirección)	4322000 (Teléfono)	STELLADELGADO12.10@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

Escaneado con CamScanner