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:	OLGA HASLADY MARTINEZ MONTAYA		Cédula:	1031157139			
Correo Electrónico:	hasmantoya15@gmail.com		Teléfono(s):	3142111733			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	EDILMA GALINDO CASTILLO		Perfil	PROFESIONAL GESTION ADMI	No. CTO:	1042-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:	1042	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004101	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 MEISEN				

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							
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE URGENCIAS	Ocultar							
URG OBSERVACION - USS MEISSEN		MEISSEN	BOZME	180	0	$ 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		4/03/2021				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	$ 7.725.600	955	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 3.132.000	1575	2	FEBRERO	
						3	MARZO	$ 3.027.600
						4	ABRIL	$ 3.132.000
						5	MAYO	$ 3.340.800
						6	JUNIO	$ 3.132.000
						7	JULIO	$ 3.132.000
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.159.600	$ 17.017.200	$ 15.764.400	$ 1.252.800

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	REGISTRAR EN LAHISTORIA CLINICA TODALAINFORMACION DEL ACTO PARAMEDICO (PROCEDIMIENTO Y CUIDADO DE ENFERMERIA DE FORMA VERAZ SECUENCUAL ,COHERENTE, LEGIBLE, CLARA , SIN TACHADURAS ENMENDADURAS, INTERCALACIONES O ESPACIOS EN BLANCO SIN USAR, SIGLAS DISTINTAS A LAS INTERNACIONALMENTE APROBADAS). SIMULTÁNEAMENTE O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZACION ,CON INTEGRALIDAD , SECUENCIAL, RACIONALIDAD CIENTIFICA, (LOGICA, CLARA, COMPLETA,) Y ADEMAS CRITERIOS QUE DEFINA AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O MODIFIQUE SUSTITUYA	CAPACITACION ENEL SISTEMA , REGISTROSOPORTUNOSDE LASACTIVIDADESREALIZADAS , REVISION DE HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN CADA JORNADA Y SUPERVISION DE NOTAS DE ENFERMERIA DEL PERSONAL A CARGO PARA VERIFICAR VERACIDAD , SECUENCIA , Y COHERENCIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PERSONAL	HISTORIA CLINICA
2	APOYAR LA ELABORACION , ACTUALIZACION DE FORMATOS , PROTOCOLOS ,GUIAS , PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA Y ADHERIRSE A LOS MISMOS , INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORTMADO EN LOS CASOS PERTINENTES GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD	LEER SOCIALIZAR Y APORTAR SEGÚN EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO PARA NUEVOS PROTOCOLOS , DILIGENCIAR LOS CONSENTIMIENTOS SEGÚN CORRESPONDA PARA CADA PACIENTE	HISTORIA CLINICA

3	ASEGURAR LA CORRECTA ADMINISTRACION DE ACUERDO A LAPRESCRIPCION MEDICA ESCRITA , LEGIBLE CORRECTA , ACTUALIZADA DE A ACUERDO AL PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION	REGISTRO EN PLANTILLASDE MEDICAMENTOS POR DINAMICA , NOTAS DE ENFERMERIA DE CADA PACIENTE , VERIFICANDO LOS 10 CORRECTOS	HISTORIA CLINICA
4	APOYAR EN LA IDENTIFICACION , CARACTERIZACION ,INSCRIPCION , MANEJO INTEGRAL Y CUIDADO DEL PACIENTE , CONFORME LO ESTABLECE LALEY 911 DE 2014 O NORMA QUE LA MODIFIQUE , ADICIONE O SUSTITUYA	DESDE EL TRIAGUE SE ORIENTA A LOS USUARIOS , A CONSULTAR LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCION	HISTORIA CLINICA
5	ARTICULAR ACCIONES CON LOSEQUIPOS MISIONALES PARAELMANEJO INTEGRAL Y CUIDADO DEL PACIETNE , CONFORME LO ESTABLECE LALEY 911 DE 2014 O NORMA QUE LAMODIFIQUE ADICIONE O SUSTITUYA	TOMAR CONDUCTAS SEGÚN CORRESPONDA (PAE)	HISTORIA CLINICA
6	REALIZAR SEGUIMIENTO Y CUSTODIA DEL CARRO DE PARO DEL SERVICIO ASIGNADO DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO Y FORMATOS INSTITUCIONALES	DILIGENCIAR NOTA DIARIA DE CARRO DE PARO ,VERIFICACION,Y REGISTRO DEL MISMO ,REALIZAR ARQUEO MENSUAL Y CAMBIO DE MEDICAMENTOS VENCIDOS	HISTORIA CLINICA
7	HACER SEGUIMIENTO DEL CONTROL Y EVALUACION AL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA DE ACUERDO A SUS COMPETENCIAS Y ACTIVIDADES DEL SERVICIO , ACORDE CON LA LEY 911 DE 2014 O NORMA QUE LA MODIFIQUE O SUSTITUYA	SE REALIZA AUDITORIAS CONCURRENTES DE NOTAS DE ENFERMERIA , SE VELA POR EL BIENESTAR DEL USUARIO FRENTE A LA OBSERVACION DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA	HISTORIA CLINICA
9	OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LASACTIVIDADES MISIONALES	CUIDADO INTEGRAL AL SUJETO DE CUIDADO SEGÚN EL SERVICIO Y TURNO EN CUMPLIMIENTO A LAS GUIAS , PROTOCOLOS , VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE APOYO QUE DE CONTINUIDAD AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE	HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.132.000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	6	2021	07	06	9421938624		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL 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	PORVENIR	$ 1.252.800	$ 200.400	$ 200.500
SALUD		SALUD TOTAL		$ 156.600	$ 156.700
ARL	3	32600		$ 30.500	$ 30.600
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 387.500	$ 387.800

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	AV VILLAS S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	50930770

OLGA HASLADY MARTINEZ MONTAYA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.031.157.139
CC. NO. CONTRATISTA

EDILMA GALINDO CASTILLO
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031157139		MARTINEZ MONTOYA OLGA HASLADY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 66 SUR 73B - 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6088490	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	37647879	9421938924	I	2021/07/12	2021/07/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$412,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,253,000	$200,500			$1,253,000	$156,700			$1,253,000	$25,100			$1,253,000	$30,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,253,000	$200,500			$1,253,000	$156,700			$1,253,000	$25,100			$1,253,000	$30,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,253,000	$200,500			$1,253,000	$156,700			$1,253,000	$25,100			$1,253,000	$30,600		$0	$0
1	CC 1031157139	MARTINEZ OLGA	230201	30	$1,253,000	$200,500	EPS002	30	$1,253,000	$156,700	CCF24	30	$1,253,000	$25,100	14-11	30	$1,253,000	$30,600	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,253,000	$200,500			$1,253,000	$156,700			$1,253,000	$25,100			$1,253,000	$30,600		$0	$0

PLANILLA PAGADA

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031157139		MARTINEZ MONTOYA OLGA HASLADY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 66 SUR 73B 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6088490	No

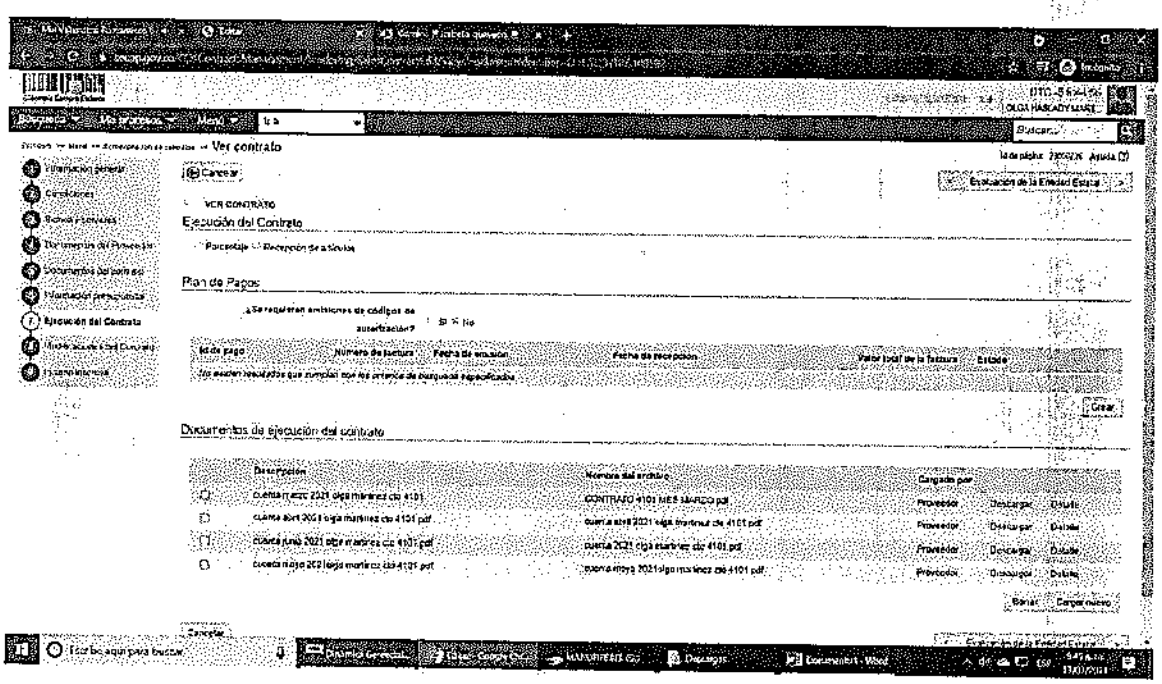
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	37647879	9421938924	I	2021/07/12	2021/07/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$412,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,500	$0	$0	$200,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$200,500	$0	$0	$200,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,600	$0	$0	$30,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$30,600	$0	$0	$30,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,100	$0	$0	$25,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$25,100	$0	$0	$25,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$156,700	$0	$0	$156,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$156,700	$0	$0	$156,700
TOTAL				1	$412,900	$0	$0	$412,900

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA


Ver contrato
Cancelar
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
¿Se requieren anotaciones de códigos de autorización?
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
Proveedor
Descargar
Borrar
CONTRATO 4101 MES MARZO.pdf
cuenta abril 2021 olga martinez cto 4101.pdf
cuenta mayo 2021 olga martinez cto 4101.pdf