ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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-ago.-21 | Hasta: | 31-ago.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | ANGELA PAOLA VARGAS MORALES | | Cédula: | 1.022.953.608 | | | |
| Correo Electrónico: | vargaspaola261@gmail.com | | Teléfono(s): | 3203916623 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | | Cargo: | DIRECTORA SERVICIOS AMBUL | Codigo-Grado: | 009-05 | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 001684 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 72 |
| PERFIL: | HIGIENISTA HORAL | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | USS REFORMA | | | | |

## 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 | | | | | | | |
| ODONTOLOGIA GENERAL - USS LA REFORMA | | REFORMA | E01UG | 186 | | $ 8.150 | $ 1.515.900 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| 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: | $ 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 | | |
| | | | | | | 2 | Febrero | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 3 | Marzo | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 1.515.900 |
| 1 | 2021-05-01 | 2021-0630 | 1 | $ 3.031.800 | 960 | 5 | Mayo | $ 1.515.900 |
| 2 | 2021-07-01 | 2021-08-31 | 2 | $ 1.515.900 | 1578 | 6 | Junio | $ 1.515.900 |
| 3 | 2021-09-01 | 2021-10-31 | 3 | $ 3.031.800 | 2032 | 7 | Julio | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4.547.700 | $ 12.127.200 | $ 10.611.300 | $ 1.515.900 |

## 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 (HIGIENISTA ORAL(A)) 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),SITEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES. | REALIZACIÒN DE CONSULTA DE HIGIENE ORAL EN EL AREA DE ODONTOLOGIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR , DURANTE EL TIEMPO DE DISPONIBILIDAD INDICADO A SU PROPUESTA | AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL |
| 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 COMUNITARIO. | PARTICIPAR SEGUN SU COMPETENCIA EN LA ATENCIÒN QUE DEBA REALIZAR EL CONTRATANTE A LOS DIFERENTES USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS QUE VIGILE SU ACTUAR EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALU | AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL |
| 3 | REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LA INFORMACIÓN DE LA INTERVENCIÓN AL PACIENTE,PLAN DE CUIDADOS DE SALUD ORAL, SIMULTÁNEA O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZACION, CON INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTIFICA( LÓGICA, CLARA, COMPLETA ) Y DEMÁS CRITERIOS QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O ENTES COMPETENTES QUE REGULAN LA MATERIA ( RESOLUCIÓN 1995/1999,839/2017 NORMA QUE LA MODIFIQUE, SUSTITUYA). | DILIGENCIAR DE FORMA CLARA , CORRECTA Y OPORTUNAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÒN DE LA SUBRED Y LA HISTORIA CLINICA CUMPLIENDO CON LOS PARAMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE | PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL LIDER |

| 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | APOYAR LA ELABORACIÓN,ACTUALIZACIÓN DE FORMATOS,PROTOCOLOS, GUIAS, PROCEDIMIENTOS DE SALUD ORAL Y ADHERIRSE A LOS MISMOS, INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS CASOS PERTINENTES GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD. | CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E | PROGRAMACIÒN POR PARTE DEL LIDER |
| 5 | APOYAR EN LA IDENTIFICACIÓN, CARACTERIZACIÓN, INSCRIPCIÓN, MANEJO, SEGUIMIENTO Y CANALIZACIÓN A USUARIOS A LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCIÓN EN SALUD ASI COMO LA CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA TRAZABILIDAD DE INDICADORES DE LA SALUD. | APOYAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN PRO DE UNA MEJOR ATENCIÒN . | PROGRAMACIÒN POR PARTE DEL LIDER |
| 6 | OTRAS ACTIVDADES PROPIAS DEL PEFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVDADES MISIONALES. | PROMOVER EN LOS USUARIOS LA GENERACIÒN DE ESTILOS , HABITOS Y CONDUCTAS DE VIDA SALUDABLE , MEDIANTE ACCIONES DE EDUCACIÒN . | RIPS,INFORME DE ACTIVIDADES |

## 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 | | | |
| 2021 | 7 | 2021 | 08 | 13 | 1039051720 | | |

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

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 4870349216 |
|---|---|---|---|---|---|

ANGELA PAOLA VARGAS MORALES
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.022.953.608
CC. NO. CONTRATISTA

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTORA SERVICIOS AMBULATORIOS

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-08-17, 03:12:48 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1039051720 Referencia pago(PIN) 8811202640

Periodo Cotización 202107 Periodo Servicio 202107

Cliente:

## PAGADA 2021-08-13

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razón Social | ANGELA PAOLA VARGAS MORALES | | | | |
| Documento | CC 1022953608 | Dirección | CL 138 SUR #14 - 52 USME | | |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3203916623 | | |
| 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 1022953608 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | VARGAS MORALES ANGELA PAOLA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Apo ICE |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 908.526 | 230301 | | 16 % | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2.436 % | $ 908.526 | $ 22.200 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | 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 SIMPL



ANGELA PAOLA VARG

Busquede | Mis procesos | Menú

Ver contrato

« Evaluación de la Entidad Estatal »

1 Información general
2 Condiciones
3 Entidad Estatal
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del Contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Documentos

Cancelar

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Febrero 1684-2021 | Febrero 1684-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO 1684-2021 | MARZO 1684-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Abril 1684-2021 | Abril 1684-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Mayo 1684-2021 | Mayo 1684-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Junio 1684-2021 | Junio 1684-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Julio 1684-2021 | Julio 1684-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

« Evaluación de la Entidad Estatal »