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-ago.-21	Hasta:	31-ago.-21	
Nombre del Contratista:	SLENDY GENID CIFUENTES GARCIA		Cédula:	1033725544	
Correo Electrónico:	selena.0211@hotmail.com		Teléfono(s):	3213900359	
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:
Nombre del Supervisor - Contratista:	ANA SILVIA FIGUEREDO VERGARA		Perfil	PROF. ESPECIALIZADO VIII	No. CTO: 3042-2021
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	CINDY MAGALLY PERILLA MENECES		Perfil	ENFREMERO	No. CTO: 4644-2921

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002032	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION HOSPITALARIA				
UNIDAD DE SERVICIOS :	UMHES 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 GENERAL - USS EL TUNAL		TUNAL	I01TN		180	$ 9.400	$ 1.692.000	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	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:	$ 1.692.000	UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL 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	$ 2.256.000	859	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 1.804.800	1585	2	FEBRERO	$ 1.579.200
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 4.154.800	2164	3	MARZO	$ 1.692.000
						4	Abril	$ 1.692.000
						5	MAYO	$ 1.692.000
						6	JUNIO	$ 1.692.000
						7	JULIO	$ 1.804.800
						8	AGOSTO	$ 1.692.000
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.260.400	$ 14.476.000	$ 11.844.000	$ 2.632.000

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 (auxiliar de enfermería) 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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes	Asistencia en autocidado alimentacion y todas alas actividades de apoyo de acuerdo a su patologia y condicion clinica	HISTORIA CLINICA
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.	Realizar planes de cuidadocon el profesional de enfermeriapara cada uno de los pacientesde acuerdo a su patologia y registrarlo en tiempo real en la historia	HISTORIA CLINICA
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (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), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente	Realizar los pediosde insumos necesariosa cada uno de los pacientesasdignadosy realizar el descargo del mismo	HISTORIA CLINICA
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.	Ralizar cambios de poscion para los paciente en estado de postracion	
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,	participar en la revista de los pacientes asignados	HISTORIA CLINICA

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

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	7	2021	08	11	83522242467		$ 1.804.800

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLFONDOS	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 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	4870402619

Glendy Cifuentes

GLENDY GENID CIFUENTES GARCIA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.003.725.544
CC. NO CONTRATISTA

Silvia F

ANA SILVIA FIGUEREDO VERGARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROF. ESPECIALIZADO VIII

Cindy Magally Perilla M

CINDY MAGALLY PERILLA MENECES
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
ENFERMERO

2021-02-12

Señor(es): SLENDY GENID CIFUENTES GARCIA
Nit: CC 1033725544
Dirección: CR 11A 53 SUR 45 NV
Teléfono: 2050272 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	SLENDY GENID CIFUENTES
Tipo y número de identificación	1033725544
Número de radicación o Planilla	8352242467
Fecha de pago	8/11/2021
Número de autorización de pago	48586189
Sede	1023
Valor cancelado	$0

Número de empleados	1
Periodo para el cual se hizo el pago	Julio 2021
Periodo de cotización salud	Julio 2021
Periodo cotización pensión	Julio 2021
Número de planilla asociada	3
Total Factura	$281.200
Total mora asociada	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$22.200	1
231001	Colfondos	$145.400	1
EPS008	Compensar EPS	$113.600	1

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