O/R

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:	Luz Alcira Gonzalez Rodriguez		Cédula:	28.822.079		
Correo Electrónico:	georgeyc22@hotmail.com		Teléfono(s):	3228202411		
Nombre del Supervisor - Planta:	Yolanda Rodriguez Baquero		Cargo:	Profesional especializado en e	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:	Jose Luis Tejeiro		Perfil	Profesio Especializado de Apo	No. CTO:	4654-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001191	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	auxiliar de enfermeria				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	Direccion de urgencias				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS 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	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Ocultar							
CONSULTA URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B01VB	66		$ 9.400	$ 620.400	33,33%
URG OBSERVACION - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B02VB	66		$ 9.400	$ 620.400	33,33%
PROCEDIMIENTOS URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B03VB	66		$ 9.400	$ 620.400	33,33%
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:	$ 1.861.200	UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				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	$ 2.425.200	955	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 1.861.200	1191	2	Febrero	$ 1.579.200
3	2021-09-01	2021-12-31	3	$ 8.657.400	2262	3	Marzo	$ 1.692.000
						4	Abril	$ 1.692.000
						5	Mayo	$ 1.861.200
						6	Junio	$ 1.692.000
						7	Julio	$ 1.804.800
						8	Agosto	$ 1.861.200
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.614.000	$ 20.557.800	$ 12.182.400	$ 8.375.400

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	Realizar actividades como Auxiliar de enfermería de manera personal y con plena autonomía de acuerdo a las guías y protocolos de atención del Hospital.	Cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado según orientación del enfermero del servicio	Historias clínicas de los pacientes atendidos dentro de los turnos programados
2	Conocer y aplicar las Guías de Atención, Protocolos, Manuales y Procedimientos Institucionales, en especial los relacionados con el cumplimiento de su objeto contractual	Aplicación de los protocolos, guías y manuales institucionales en el desarrollo de las actividades de cuidado a los pacientes atendidos	Historias clínicas y listas de chequeo de infecciones
3	Conocer y aplicar la Política de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud.	• Ejecutar tratamientos, inyectología, veno punciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos establecidos.	Lista de chequeo de infecciones, sondas y cateteres
4	Diligenciar las Historias Clínicas describiendo en forma cronológica y ordenada todos los hechos pertinentes al estado de salud del usuario y los demás documentos que en cumplimiento de las normas de seguridad social	• Registro claro, corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como auxiliar de enfermería.	Historrias de los usuarios atendidos
5	Entregar y recibir turno de acuerdo a las guías y protocolos de atención de enfermería establecidas para la Institución	Realización de la entrega y recibo de turno según programación, cumpliendo protocolo institucional	Supervisión del jefe del servicio
6	Registrar en Historia Clínica de forma cronológica, clara y veraz los signos vitales, el control de líquidos de acuerdo al plan de cuidado y demás actividades que desarrolle dentro de su actuar como enfermera auxiliar	Realización de las actividades de cuidado y control de signos vitales, control de líquidos y ordenes de enfermería.	Registros en historia clínica

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

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**

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	10	9422874964		$ 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 COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	PROTECCION	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		SALUD TOTAL		$ 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	488412380393

Luz Alcira Gonzalez Rodriguez
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
28.822.079
CC. NO. CONTRATISTA

Yolanda Rodriguez Baquero
NOMBRE DEL SUPERVISOR
Profesional especializado en el area de la salud

Jose Luis Tejeiro
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
Profesio Especializado de Apoyo Gestion Asistencial

2021-02-12

aportes 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 28822079		GONZALEZ RODRIGUEZ LUZ ALCIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 90dsur 2a-09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	1089519911	9422874964	I	2021/08/19	2021/08/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC	28822079 GONZALEZ LUZ	230201	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0

2021/08/09 07:30 PM

aportes 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 28822079		GONZALEZ RODRIGUEZ LUZ ALCIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 90dsur 2a-09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	1089519911	9422874964	I	2021/08/19	2021/08/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200

2021/08/09 07:30 PM