ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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:	MONICA ESPERANZA DIAZ MOLINA		Cédula:	1024572232			
Correo Electrónico:	monicadiaz_101@hotmail.com		Teléfono(s):	3508161730			
Nombre del Supervisor - Planta:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		Cargo:	DIRECTORA SERVICIOS AMBUL	Codigo-Grado:	009-0	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	JEISSON CASTRO ESPAÑA		Perfil	PROFESIONAL DE ENLASE RURA	No. CTO:	5294-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001691	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS SAN JUAN SUMAPAZ				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTR DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
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	Ocultar							
OTROS ENFERMERIA - USS SAN JUAN DE SUMAPAZ		SAN JUAN DE SUM.	N04NS	186		$ 10.885	$ 2.024.610	100,00%
							$ -	
							$ -	
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: $ 2.024.610 — DOS MILLONES VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS DIEZ 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	$ 4.049.220	960	1	Febrero	$ 2.024.61
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 3.550.740	216	2	Marzo	$ 2.024.61
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 4.049.220	2032	3	Abril	$ 2.024.61
						4	Mayo	$ 2.024.61
						5	Junio	$ 2.024.61
						6	Julio	$ 2.024.61
						7	Agosto	$ 2.024.61
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.547.700	$ 16.196.880	$ 14.172.270	$ 2.024.61

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 COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA ACORDE CON LA LEY ARTIS,SEGÚN NECESIDAD DE LA SUBRED SUR, DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS DE SGSSS,SINTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIAS Y CALIDAD Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES	REALIZAR ACTIVIDADES SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA-CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
2	REALIZAR ACTIVIDADES DE INFORMACION EDUCACION COMUNICACIÓN ENCAMINADAS A PROMOVER Y PREVENIR LA ENFERMEDAD Y EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA.	EDUCACION EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS A CRONICOS Y DEMAS POBLACION,DEMANDA INDUCIDA A LOS SERVICIOS	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA-CONSENTIMIENTOS INFORMADOS-FORMATO 12-FORMATO CRONICOS

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

3	REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LA INFORMACION DE LA INTERVENCION AL PACIENTE,PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA,SIMULTANEA O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZACION,CON INTEGRALIDAD,SECUENCIALIDAD,RACIONALIDAD CIENTIFICA(LOGICA,CLARA,COMPLETA) Y DEMAS CRITERIOS QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O ENTES COMPETENTES QUE REGURAN LA MATERIA(RESOLUCION 1995/1996,839DEL 2017 NORMA QUE LA MODIFIQUE,SUSTITUYA)	ATENCION Y CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA-CONSENTIMIENTO INFORMADO-FORMATO 12-FORMATO CRONICOS
4	APOYAR LA ELABORACION,ACTUALIZACION DE FORMATOS,PROTOCOLOS,GUIAS,PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA Y ADHERIRCE A LOS MISMOS,INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS CASOS PERTINENTES,GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD.	REALIZAR ACTIVIDADES SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA-CONSENTIMIENTO INFORMADO-FORMATO 12-FORMATO CRONICOS
5	APOYAR EN LA IDENTIFICACION CARACTERIZACION,INCRIPCION, MANEJO,SEGUIMIENTO Y CANALIZACION A USUARIOS EN LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCION EN SALUD,ASI COMO LA CONSOLIDACION DE INFORMACION PARA LA TRAZABILIDAD DE INDICADORES DE LA SALUD.	CARACTERIZACION DE ALGUNA NECESIDAD EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS REALIZANDO EL RESPECTIVO REPORTE DE LO ENCONTRADO	FORMATO DE CANALIZACION-FORMATO 12
6	OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL AUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES.	TURNO DE FACTURACION FIN DE SEMANA,ESTERILIZACION,ACTUALIZACION DE LA BASE DE DATOS DE LA POBLACION,DIGILENCIAMENIENTO DE LA ADERENCIA E HIGIENE DE MANOS	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA-CONSENTIMIENTO INFORMADO-FORMATO 12-FORMATO CRONICOS
13	PARTICIPAR DESDE SU COMPETENCIA A LA CARACTERIZACION POBLACIONAL Y AL PROCESO DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION EN SALUD INDIVIDUAL DE ACUERDO A LA OFERTA INSTITUCIONAL PARA EL GRUPO DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRONICAS Y LOS EVENTOS PRIORIZADOS EN EL CONTEXTO DE ENFOAUE TERRITORIAL	SEGUIMIENTO Y VISITA A CRONICOS EN TERRITORIO,ACTIVIDADES EDUCATIVAS,CHARLAS EDUCATIVAS,ENTREGA DE MEDICAMENTOS	FORMATO 12,FORMATO DE CRONICOS,CARNET DE CRONICOS
14	DESARROLLAR DESDE SU COMPETENCIA LAS ACTIVIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION EN SALUD INDIVIDUAL Y O POR ACCIONES DE TELE ORIENTACION PARA LOS EVENTOS PRIORIZADOS DE HIPERTENCION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS.	SEGUIMIENTO Y VISITA A CRONICOS EN TERRITORIO,ACTIVIDADES EDUCATIVAS,CHARLAS EDUCATIVAS,ENTREGA DE MEDICAMENTOS	FORMATO 12,FORMATO DE CRONICOS,CARNET DE CRONICOS
15	BRINDAR ATENCION AL USUARIO,APOYAR DESDE SU COMPETENCIA EN EL PROCESO DE EDUCACION DE LOS USUARIOS CON PATOLOGIAS CRONICAS ,ACTIVOS EN LA RUTA CELEBRO VASCULAR CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD DEL GRUPO RIESGO DE ENFERMEDADES CRONICAS.	SEGUIMIENTO Y VISITA A CRONICOS EN TERRITORIO,ACTIVIDADES EDUCATIVAS,CHARLAS EDUCATIVAS,ENTREGA DE MEDICAMENTOS	FORMATO 12,FORMATO DE CRONICOS,CARNET DE CRONICOS

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.024.61
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	7	2021	08	17	9422496732		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS

ITEM		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 inferio un SMLMV
PENSIONADO	NO	PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.40
SALUD		FAMISANAR		$ 113.600	$ 113.60
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.20
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 281.100	$ 281.20

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	264360126

Monica Diaz Molina

MONICA ESPERANZA DIAZ MOLINA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.024.572.232
CC. NO. CONTRATISTA

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTORA SERVICIOS AMBULATORIOS

Yesson España

JEISSON CASTRO ESPAÑA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL DE ENLASE RURALIDAD

2021-02-12

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024572232		DIAZ MOLINA MONICA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda santa	CABRERA-CUNDINAMARCA	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	1097104681	9422496732	I	2021/08/09	2021/08/17	BANCO DAVIVIENDA	8	$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: CABRERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC	1024572232	DIAZ MONICA	230301	30	$908,526	$145,400	EPS017	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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024572232		DIAZ MOLINA MONICA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda santa	CABRERA-CUNDINAMARCA	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	1097104681	9422496732	I	2021/08/09	2021/08/17	BANCO DAVIVIENDA	8	$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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$281,200**	**$0**	**$0**	**$281,200**

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD (NOMBRE Y APELLIDO)

AAFT-03 V1