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-sep.-21	Hasta:	30-sep.-21			
Nombre del Contratista:	ANGELA MARIA GUTIERREZ PEÑALOZ		Cédula:	39767759			
Correo Electrónico:	anyi.gut1978@hotmail.com		Teléfono(s):	3144837059			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	MONICA IVONNE RODRIGUEZ CARDENAS		Perfil	PROFESIONAL SALUD ESPECIA	No. CTO:	1450	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	1204-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIARDE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	URGENCIA				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS SANTA LIBRADA				

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%
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
PROCEDIMIENTOS URGENCIAS - USS SANTA LIBRADA		SANTA LIBRADA	B05UC	168		$ 9.400	$ 1.579.200	100,00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
HOSP MEDICINA GENERAL USS SANTA LIBRADA		SANTA LIBRADA	I01UC				$ -	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:	$ 1.579.200	UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE 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	$ 2.989.200	955	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 2.199.600	1575	2	FEBRERO	$ 2.030.400
3	2021-09-01	2021-12-31	3	$ 9.193.200	2262	3	MARZO	$ 2.143.200
						4	Abril	$ 1.692.000
						5	MAYO	$ 2.312.400
						6	JUNIO	$ 1.917.600
						7	JULIO	$ 2.086.800
						8	agosto	$ 2.030.400
						9	septiembre	$ 1.579.200
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.614.000	$ 21.996.000	$ 15.792.000	$ 6.204.000

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 enfermeria)acorde con la lex artis, según necesidadde LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del sistemageneral de seguridad social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y calidad (SOGC) Y demas normasconcordantes	Prestar servicio de apoyo a la gestion asistencial.	HISTPORIA CLINICA
2	Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	brindar atencion integral según mi labor como auxiliar de enfermeria a los usuatrios internos y externos vigilando y educando una adecuada antencion en salud.	REGISTRO, NOTIFICAICON DE ENFERMERIA Y 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

3	Registrar en la historia clinica la Informacion de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultanea o inmediatamente despues de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica, logica, clara, completa y demas criterios que defina el ministerio de salud y proteccion social o entes competentes que regulan la materia (resolucion 1995, 1999, 839 del 2017 norma que la modifique, sustituya) e informar de forma oportuna a la enfermera y/o medico de servicio los cambios en el estado de evolución del paciente.	se da uso de las actividades acordadas con el supervisor del contrato, ciumpliendo con las actividades y productos contractuales registrados en mi contrato como prestador de servicios de salud para mi labor como auxiliar de enfermeria	SECOP 2
4	Apoyar la elaboración y actualización de informes y protocolos, guias, procedimiento de enfermeria y adherirse a los mismo, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	se diligenciará de forma clara, correcta y oportuna en el registro de enfermería y demás documentos todo lo realizado con el paciente.	REGISTRO, NOTIFICAICON DE ENFERMERIA Y HISTORIA CLINICA
5	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de habitos saludables, autocuidado y cuidados especificos de acuerdo al tratamiento y recomendaciones medicas, dejando registro escrito en la historia clinica y en los documentos destinados por la institución.	se da uso adecuado de los recursos, equipos, medicamentos y insumos brindados por la subred sur para la ejecución de la adecuada atención de los pacientes y se informara oportunamente las novedades que se presenten con los ya mencionados	REGISTRO, NOTIFICAICON DE ENFERMERIA Y HISTORIA CLINICA
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezacan el desarrollo de las actividades misionales.	se realizan procesos propios y de apoyo al profesional de enfermería y medico según su requerimiento con el paciente.	REGISTRO, NOTIFICAICON DE ENFERMERIA Y HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.030.400
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	1040318654		
2021	8	2021	09	09			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES TREINTA MIL CUATROCIENTOS 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 inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		FAMISANAR		$ 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	4800289821

Angela Maria Gutierrez Peñaloza.

ANGELA MARIA GUTIERREZ PEÑALOZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
39.767.759
CC. NO. CONTRATISTA

Monica Yvonne Rodriguez C.

MONICA IVONNE RODRIGUEZ CARDENAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL SALUD ESPECIALIZADO-REFERENTE UNIDAD STA LIBRADA/USME

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

2021-02-12