ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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:	OSCAR ENRIQUE ACOSTA GONZALEZ		Cédula:	79622336			
Correo Electrónico:	oscarenroqueacostagonzalez@gmail.com		Teléfono(s):	3133489139			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ		Perfil	PROF.GEST.ADM.EN SALUD	No. CTO:	2386-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002933	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	ENFERMERO JEFE				
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	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Ocultar							
UCI ADULTOS - USS EL TUNAL		TUNAL	J02TN	180		$ 17.400	$ 3.132.000	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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:	$ 3.132.000	TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL 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	2021-04-01	2021-06-30	1	$ 5.853.600	859	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 3.340.800	1585	2	Febrero	$ 3.243.600
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 3.132.000	2164	3	Marzo	$ 3.132.000
4	2021-11-01	2021-12-31	4	$ 7.516.800	2262	4	Abril	$ 3.132.000
						5	Mayo	$ 3.027.600
						6	Junio	$ 3.132.000
						7	Julio	$ 3.132.000
						8	Agosto	$ 3.340.800
						9	Septiembre	$ 3.132.000
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.022.400	$ 29.865.600	$ 25.272.000	$ 4.593.600

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 acuerdo al perfil (Enfermera(o)) 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.	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, REVISAION DE LA HISTORIA CLINICA Y ELECTRONICA, REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS	REGISTRO EN 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.	PARTICIPACIPAR EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y CUIDADO SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLES REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES MEDICAS	SISTEMA DINAMICA

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 Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, 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 lo modifique,sustituya)	REALIZAR PLANES DE CUIDADO CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA L CADA UNO DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU PATOLOGIA Y REGISTRO EN TIEMPO REAL EN HISTORIA CLINICA	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.	Garantizar lectura oportuna, y coherente de los protocolos permitiendo llevar a cabo la satisfaccion de las actividades	LISTAS DE ASISTENCIA -LISTAS DE CHEQUEO
5	Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución.	REALIZAR VERIFICACION DE LA MEDICACION DE CADA UNO DE LOS PACIENTES, CANTIDADES, DOSIS Y REVISAR PLAN TERAPEUTICO PROPUESTO EN CADA UNO DE ELLOS, Y PARTICIPACION EN LA REVISTA DE LOS PACIENTES ASISGNADOS	HISTORIA CLINICA
6	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud	GARANTIZAR OPORTUNAMENTE LA CANALIZACION A LOS SERVICIOS DE SALUD Y REQUERIMIENTO DE CADA UNO DE LOS PACIENTES, SEGÚN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	HISTORIA CLINICA
7	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente; conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya	ARTICULACION CON LOS DIFERENTES SERVICIOS OFRECIDOS POR EL HOSPITAL Y PROCESOS MISIONALES PARA UN CUIDADO INTEGRAL DE LOS PACIENTES	HISTORIA CLINICA
8	Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos Institucionales	REVISION MENSUAL DEL CARRO DE PARO, REALIZANDO LAS RESPECTIVAS MODIFICACIONES Y SEMAFORIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS E INSUMOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL	LISTAS DE CHEQUEO, INFORME MENSUAL
9	Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya	ACOMPAÑAMIENTO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN EN EL SERVICIO Y SEGÚN NECESIDADES DEL MISMO EN CUANTO A LA PRESTACIÓN Y ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO ASIGNADO	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA, NOTAS DE ENFERMERIA; LISTAS DE CHEQUEO
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	FORTALECIMIENTO ACADEMICO ATRAVEZ DE CAPACITACIONES MENSUALES.	LISTA DE ASISTENCIA - REGISTRO EN PLATAFORMA VIRTUAL
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	$ 3.340.000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	8	2021	09	13	53294585-53356192		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRÉS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL 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	PORVENIR	$ 1.336.000	$ 213.800	$ 214.100
SALUD		FAMISANAR		$ 167.000	$ 167.300
ARL	3	POSITIVA		$ 32.500	$ 32.600
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 413.300	$ 414.000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	570005570372655

OSCAR ENRIQUE ACOSTA GONZALEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
79.622.336
CC. NO. CONTRATISTA

ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROF.GEST.ADM.EN SALUD

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0.

2021-02-12

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXPERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO	
UNICA	N - Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AAAA)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLEADOS	VSP	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION				TOTAL A PAGAR		
[illegible]	[illegible]	E	[illegible]	[illegible]	[illegible]		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizante	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
[illegible]	Famisanar EPS	830113831-7	[illegible]	0		0		0	0	0	0	[illegible]	1

TOTALES PENSION												
Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizante	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0	0		[illegible]	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Mora Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Subsidio Cotizacion	Vol. Aportante Subsidio Fondo	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES CAJAS							
Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Seleccionadas	Valor Aportes no ICBF, SENA, ESAP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	[illegible]	[illegible]
Pension	1	[illegible]	[illegible]
Riesgos Laborales	1	[illegible]	[illegible]
ICBF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	[illegible]	[illegible]

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	
CC	39629336	OSCAR EURIDICE ACOSTA GONZALEZ		transversal 69b # 94 49	2613207	oscarenriqueacostagonzalez@yahoo.es	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	DCGGTA D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA-MES-AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
53294585	13/09/2021				1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08	N	13/09/2021	83356192	526.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	13.600	0		0		0	0	0	0	13.600	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23301	Porvenir	800224808-8	13.600	0	0	0	0	0	0		13.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-4	2.000				2.000	0	0	2.000			20	2.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	10.600	10.600
Pension	1	13.600	13.600
Riesgos Laborales	1	2.000	2.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	26.200	26.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar.Operador de información