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:	FRANCY YOLIMA CELIS NAVARRETE		Cédula:	1022947839			
Correo Electrónico:	chanchy2158@hotmail.com		Teléfono(s):	3112596995			
Nombre del Supervisor - Planta:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		Cargo:	DIRECTORA DE SERVICIOS AMI	Codigo-Grado:	009-05	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:	ALEXANDER MERCHAN CEPEDA		Cargo:	ODONTOLOGO	Còdigo-Grado:	214-27	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	1683-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIAR E HIGIENISTA ORAL				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USME				

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							
ODONTOLOGIA GENERAL - USS USME		USME	E01UB	172	14	$ 8.150	$ 1.515.900	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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	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:	$ 1.515.900	UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS 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	$ 3.031.800	960	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 1.515.900	1578	2	Febrero	$ 1.515.900
3	2021-09-01	2021-08-31	3	$ 3.031.800	2032	3	Marzo	$ 1.515.900
						4	Abril	$ 1.515.900
						5	Mayo	$ 1.515.900
						6	Junio	$ 1.515.900
						7	Julio	$ 1.515.900
						8	Agosto	$ 1.515.900
						9	Septiembre	$ 1.515.900
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.547.700	$ 12.127.200	$ 12.127.200	$ -

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 (higienista oral(a)) 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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes	Tiempo completo por prestacion de servicios	Agendamiento Institucional
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.	Asistir al profesional de odontologia bajo los estandares de calidad y normas tecnici cientificas universalmente aceptadas.	Agendamiento Institucional
3	Registrar en la historia clinica la informaciòn de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demàs criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).	Mantener el consultorio odontologico habilitado y debidamente desinfectado para la prestacion de servicios odontologicos, lavado de instrumental, secado, empacado,control de insumos y y cuidado de equipos odontologicos	Programacion por parte del Lider.

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

4	Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de salud oral y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Cumplir con las normas y procedimientos tecnicos y administrativos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Programacion por parte del Lider.
5	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de nformación para la trazabilidad de indicadores de la salud.	Cuidar y solicitar oportunamente los insumos para no afectar el servicio.	Reportar daños realizados y solicitud del pedido mensual.
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Asistir al Odontologo y/o especialista, preparando al paciente y asistiendolo en cada procedimiento.	Programacion por parte del Lider.

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.515.900
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	8	2021	09	14	1039724888		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS 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	PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	458070011689

FRANCY YOLIMA CELIS NAVARRETE
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.022.947.839
CC. NO. CONTRATISTA

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS

ALEXANDER MERCHAN CEPEDA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
ODONTOLOGO

2021-02-12

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-09-15, 10:56:11 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1039724888 **Referencia pago(PIN)** 8815909760

Periodo Cotización 202108 **Periodo Servicio** 202108

Cliente:

PAGADA 2021-09-14

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FRANCY YOLIMA CELIS NAVARRETE				
Documento	CC 1022947839	**Dirección**	CLL 138 SUR 3 46		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112596995		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022947839		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					CELIS NAVARRETE FRANCY YOLIMA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF
															0	30	30	30	30

Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						
			Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
		$ 908.526	230301		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0

Salud						Riesgos				
Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos
EPS008		12,5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 908.526	$ 22.200

Caja				Parafiscales			
Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
CCF24	2 %	$ 908.526	$ 18.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 18.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 299.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Si ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO 1683-2021.pdf	Francy Yolima Celis Navarrete.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 1683-2021.pdf	CUENTA DE COBRO FIRMADA FRANCY MARZO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 1683-2021.pdf	Francy Celis Abril 1683-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 1683-2021.pdf	FRANCY YOLIMA CELIS NAVARRETE m.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Junio 1683-2021.pdf	Junio 1683-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO - 1683-2021	Francy -Julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Agosto 1683-2021.pdf	Agosto 1683-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

RELACION DE ACTIVIDADES

NOMBRES Y APELLIDOS: FRANCY YOLIMA CELIS NAVARRETE

sep-21	NUMERO DE HORAS			TOTAL	CAMBIO DE TURNO (SI / NO)	NOMBRE DEL REEMPLAZO	ACTIVIDADES REALIZADAS	SOPORTE	VALOR TOTAL
FECHA	URGENCIAS	HOSPITALIZACION	AMBULATORIOS	HORAS					
1			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
2			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
3			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
4									
5									
6			9	9	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
7			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
8			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
9			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
10			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
11									
12									
13			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
14			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
15			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
16			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
17			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
18			8	8					
19									
20			9	9	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
21			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
22			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
23			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
24			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
25									
26									
27			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
28			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
29			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
30			8	8	NO	NA	DESINFECCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS. UNIDAD, MESONES E INST	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION, KARDEX	
31									
TOTAL			186	186					

cBR3tbgWj3

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

FRANCY YOLIMA CELIS NAVARRETE

1022947839

Recibió actualización en RESPONSABILIDAD SOCIAL con una intensidad de 08 horas

Para constancia se firma

septiembre 15, 2021

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

bMZORbMURm

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

FRANCY YOLIMA CELIS NAVARRETE

1022947839

Desarrolló el curso de INDUCCION GENERAL, con una intensidad de 16 horas

Para constancia se firma

septiembre 15, 2021

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ