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-sep.-21 | Hasta: | 30-sep.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | LEIDY JOHANNA TORRES AUSIQUE | | Cédula: | 1022941429 | | | |
| Correo Electrónico: | leidytorres.2006@gmail.com | | Teléfono(s): | 3046381790 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | | Cargo: | DIRECTORA DE SERVICIOS AM | Codigo-Grado: | 009-05 | |
| 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 enlace | No. CTO: | 5294-2021 | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 001681 | 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 FLORA | | | | |

## 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 | | | | | | | |
| OTROS ENFERMERIA - USS LA FLORA | | FLORA | N04UJ | 186 | | $ 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 | | 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 | $ 3.031.800 | 960 | 1 | | |
| | | | | | | 2 | Febrero | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 3 | Marzo | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 5 | mayo | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 1.515.900 |
| 2 | 2021-07-01 | 2021-08-31 | 2 | $ 1.515.900 | 1578 | 7 | Julio | $ 1.515.900 |
| 3 | 2021-09-01 | 2021-10-31 | 3 | $ 3.031.800 | 2032 | 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 (auxiliar de enfermeria) acorde con la lex Artis, según las necesidades de la SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del sistema general de seguridad social (SGSS), sistema obligatorio de garantia y calidad (SOGC) y demas normas concordantes. | Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud, según el perfil | programación de parte del profesional, cronograma de procedimientos de procedimientos, planillas de limpieza y desinfección. |
| 2 | Realizar actividades de informacion, educacion, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individua, familiar y comunitaria. | Apoyo a la demanda inducida, apoyo en los procedimientos de enfermería, cumplir con protocolos de desinfección de los consultorios | charlas, actas, correos, formatos de asistencia. |

| 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 informacio de la intervencion del paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultanea o inmediatamente despues de la realizacion, con la integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica,clara, completa) y demas criterios que defina el ministerio de salud y proteccion social o Entes componente que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya). | Realizar oportunamente las notas de enfermeria, en las historias clinicas de cada usuario, teniendo en cuenta todas las normas y protocolos | historia clinica, Dinamica |
| 4 | Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos de enfermeria y adherise a los mismos, incluyendo el diligenciamiento de consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | Realizar Precritica y actualización de bases de datos, seguimiento a usuarios | Bases de datos |
| 5 | Apoyar la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trasabilidad de indicadores de salud. | Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud y las RIAS | Resolución de casos y disminución de quejas |
| 6 | promover en los usuarios la generacion de estilos , habitos y conductas de la vida saludable , mediante acciones de educacion. | brindarle al usuario en el momento de la atencion la educacion de autocuidado, y cuidado despues de la vacunacion . | registro en el carnet de vacunas |
| 7 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | Cuidar y solicitar oportunamente los insumos para no afectar el servicio. | Mesa de ayuda GLPI, Notificación de Evento adverso, correo electrónico. |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 8 | 2021 | 09 | 11 | 1039717350 | | $ 1.515.900 |

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 | PROTECCIÓN | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| SALUD | | COMPENSAR | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 1 | SURA | | $ 4.700 | $ 22.200 |
| CAJA DE COMPENSACION | SI | COLSUBSIDIO | | $ 263.700 | $ 281.200 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 4870392380 |
|---|---|---|---|---|---|

Leidy Johanna Torres A.

LEIDY JOHANNA TORRES AUSIQUE
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.022.341.429
CC. NO CONTRATISTA

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS

JEISSON CASTRO ESPAÑA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
Profesional de enlace

2021-02-12

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-09-16, 10:38:42 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1039717350 **Referencia pago(PIN)** 8809123480

**Periodo Cotización** 202108 **Periodo Servicio** 202108

**Cliente:**

## PAGADA 2021-09-11 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LEIDY JOHANNA TORRES AUSIQUE | | | | |
| **Documento** | CC 1022941429 | **Dirección** | CR 7I SUR #108 - 37 ESTE PUERTA | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3046381790 | | |
| **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 1022941429 | | | | | | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | Residente | | Exonerado | N | TORRES AUSIQUE LEIDY JOHANNA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

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

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ... | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Apor ICB |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 908.526 | 230201 | | 16 % | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | EPS008 | | 12.5 % | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2.436 % | $ 908.526 | $ 22.200 | CCF22 | 2 % | $ 908.526 | $ 18.200 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

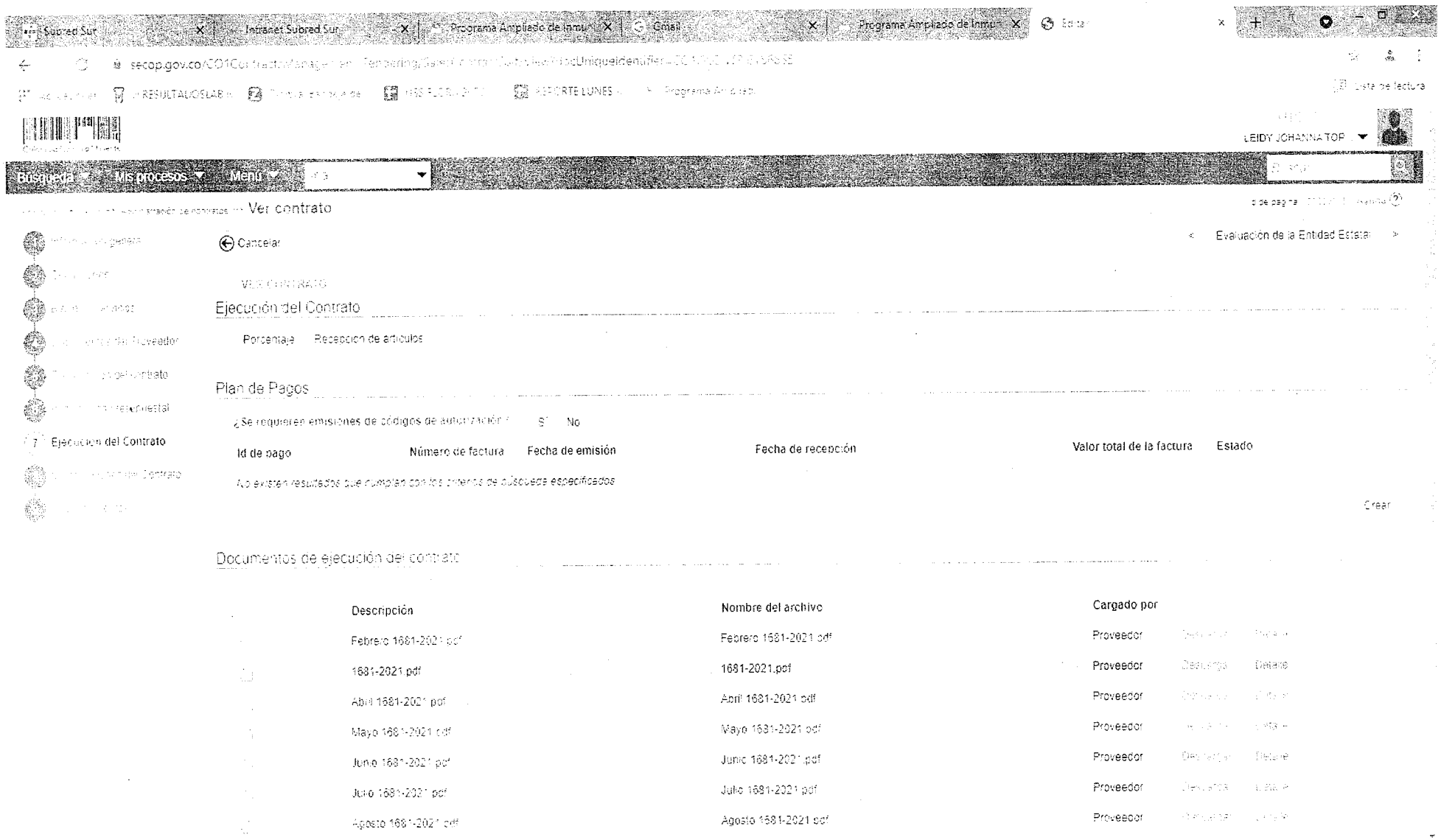
### IV.TOTALES

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION (ING + PROTECCION) | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | COMPENSAR EPS | ARL SURA | COLSUBSIDIO | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 18.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 299.400 |



íneas 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 SIMPL


Subred Sur
Intranet Subred Sur
Programa Ampliado de Inmu
Gmail
Programa Ampliado de Inmu
secop.gov.co/CO1Co
RESULTADOSLAB
REPORTE LUNES
Lista de factura
LEIDY JOHANNA TOP
Buscar ver
Mis procesos
Menú
Ver contrato
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Sí
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 1681-2021.pdf
Febrero 1681-2021.pdf
Proveedor
1681-2021.pdf
1681-2021.pdf
Proveedor
Abril 1681-2021.pdf
Abril 1681-2021.pdf
Proveedor
Mayo 1681-2021.pdf
Mayo 1681-2021.pdf
Proveedor
Junio 1681-2021.pdf
Junio 1681-2021.pdf
Proveedor
Julio 1681-2021.pdf
Julio 1681-2021.pdf
Proveedor
Agosto 1681-2021.pdf
Agosto 1681-2021.pdf
Proveedor

OoZgnV3MZX

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

TORRES AUSIQUE LEIDY JOHANA

1022941429

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

Para constancia se firma

septiembre 16, 2021