	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-GPS-FT-11 V8

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde: 01-sep.-21		Hasta:	05-sep.-21	
Nombre del Contratista:	ALEIDA RUBIO IZQUIERDO		Cédula:	52473578	
Correo Electrónico:	aleidrui1911@gmail.com		Teléfono(s):	3213390135	
Nombre del Supervisor - Planta:	MARTA YADIRA TORRES RODRIGUEZ		Cargo:		
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil	PROFESIONAL GESTION ADMI	Código-Grado:
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		No. CTO: 2813-2021
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		Código-Grado:
					No. CTO:

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002335	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	ENFERMERO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
UNIDAD DE SERVICIO :	MEISSEN				

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	Ocultar							
CX GENERAL - USS MEISSEN		MEISSEN	CO1ME	180	30	$ 17.400	$ 3.654.000	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APN	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:	$ 3.654.000	TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO 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		
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 6.577.200	859	2	Febrero	$ 3.758.400
2	2021-07-01	2021-08-31				3	Marzo	$ 3.619.200
	2021-07-23		2	$ 69.600	2021	4	Abril	$ 3.236.400
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 8.143.200	2164	5	Mayo	$ 3.340.500
						6	Junio	$ 3.132.000
						7	Julio	$ 3.654.000
						8	Agosto	$ 4.071.600
						9	Septiembre	$ 3.654.000
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.094.000	$ 28.884.000	$ 28.466.400	$ 417.600

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 OBLIGACIÓN	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 PRINCIOS DEL SISTEMA DEGENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES	CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN COORDINACION CON EL SUPERVISOR DE ESTE ACORDE ALAS NECESIDADES DE LOS SUUSRIOS DE LA SUBRED SUR	HISTORIA CLINIC-PLAN DE CUIDADOS
2	REALIZAR ACTIVIDADES DE INFORMACION, EDUCACION, COMUNICACION ENCAMINADAS A PROMOVER Y PREVENIR LA ENFERMEDAD Y EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL , FAMILIAR Y COMUNITARIA.	DAR INDICACION A LOS USUBIOS ACERCA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DURANTE LA ESTANMCIA HOSPITALRIA Y EL EGRESO	HISTORIA CLINICA

Escaneado con CamScanner

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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 INTERVENCION AL PACIENTE, PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA SIMULTANEA O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZACION, CON INTEGRIDAD , SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTIFICA (LOGICA,CLARA Y COMPLETA)Y DEMAS CRITERIOS QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O ENTES COMPETENTES QUE REGULAN LA MATERIA (RESOLUCION 1995/1999, 838/2017,NORMA QUE LA MODIFIQUE O SUSTITUYA) E INFORMAR DE FORMA OPORTUNA A LA ENFERMERA Y/O MEDICO DEL SERVICIO LOS CAMBIOS EN EL ESTADO O EVOLUCION DEL PACIENTE	REGISTRAR EN HISTORIA CLINICA DEL SISTEMA ESTABLECIDO O FISICO EL TRATMIENTO ADMINISTRADO AL USURIO Y NOVEDADES SI HAY LUGAR A ELLAS	HISTORIA CLINICA -AUDITORIAS
4	APOYAR LA ELABORACION ,ACTUALIZACION DE FORMATOS, PROTOCOLOS, GUIAS,PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA Y ADHERIRSE A LOS MISMOS, INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONCENTIMIENTO INFORMADO EN LOS CASOS PERTINENTES , GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD	PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE PROTOCOLOS , GUIAS Y DEMAS DE FORMA ACTIVA Y CON COMPROMISO	FORMATOS-GUIAS-PROTOCOLOS -PROCEDIMEINTOS
5	ASEGURAR LA CORRECTA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A LA PRESCRIPCION MEDICA ESCRITA, LEGIBLE, CORRECTA ACTUALIZADA DE ACUERDO AL PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION	APLICAR CONOCIMIENTOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACION DE MEDIAMENTOS, APLICANDO LOS 10 COREECTOS	HISTORIA CLINCIA
6	APOYAR A LA IDENTIFICACION, CARACTERIZACION, INSCRIPCION, MANEJO SEGUIMIENTO Y CANALIZACION A USUARIOS A LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCION EN SALUD	ACTUALIARE EN LAS RUTAS PARA PODER ORIENTAR A LOS USUARIOS	HISTORIA CLINICA -AUDITORIAS
7	ARTICULAR ACCIONES CON LOS EQUIPOS MISIONALES PARA EL MANEJO INTEGRAL Y CUIDADO DEL PACIENTE ,CONFORME LO ESTABLECE LA LEY 911 DE 20140 NORMA QUE LA MODIFIQUE, ADICONES O SUSTITUYA	PARTICIPAR EN LA REVISTA MEDICA Y VALORACION A LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES DISCIPLINAS	REVISTA MEDICA
8	REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CUSTODIA DEL CARRO DE PARO DEL SERVICIO ASIGNADO DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO Y FORMATOS INSTITUCIONALES	RALIZAR LA REVISON DEL CARRO DE PARO SEGÙN CORESPONDA EL CRONOGRAMA LOS 5 PRIMEROS DIAS DE CADA MES	CARPETA FORMATOS CARRO DE PARO INSTITUCIONES
9	HACER SEGUIMIENTO DE CONTROL Y EVALUACION AL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA DE ACUERDO A SUS COMPETETNCIAS Y ACTIVIDADES DEL SERVICIO, ACORDE CON LA LEY 911 DE 2014 O NORMA QUE LA MODIFIQUE, ADICIONE O SUSTITUYA.	VERIFIACR LOS REGISTROS DE ENFERMERIA Y HACER RETROALIMENTACION DE LOS MISMOS	EVALUACION ESTABLECIDA DE AUDITORIA EN HISTORIA CLINCA
10	OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARRO9LLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES		LAS QIUE ESTABLEZACA LA INSTITUCION

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 4.071.600
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	8	2021	09	13	53293483		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES SETENTA Y UN MIL SEISCIENTOS 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
SIONADO	NO	COLPENSIONES	$ 1.628.640	$ 260.600	$ 260.800
JD		COMPENSAR		$ 203.600	$ 203.800
	3	SURA		$ 39.700	$ 39.800
DE COMPENSACION	NO			$ 503.900	$ 504.400

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

AD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	*008480303174

Alcida Rubio

ALEIDA RUBIO IZQUIERDO

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

52.473.578

CC. NO. CONTRATISTA

0

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

0

Marta Yadira Torres
C.C. 46 365 682
ENFERMERA PROFESIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL

MARTA YADIRA TORRES RODRIGUEZ

NOMBRE DEL SUPERVISOR

PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

2021-02-12

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52473578	ALEIDA RUBIO IZQUIERDO	CR 80C 49 71 SUR	0314076022	ALEIDRUI1911@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, 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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-09	2021-09	I	14/10/2021	54013857	$461.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	186.300	0		0		0	0	0	0	186.300	1

TOTALES PENSIÓN

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
25-14	Colpensiones	900336004-7	238.400	0	0	0	0	0	0		238.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	36.300				36.300	0	0	36.300			363	36.300	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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	186.300	186.300
Pensión	1	238.400	238.400
Riesgos Laborales	1	36.300	36.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	461.000	461.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52473578	ALEIDA RUBIO IZQUIERDO		CR 80C 49 71 SUR	0314076022	ALEIDRUI1911@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, 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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-09	2021-09	I	14/10/2021	54013857	$461.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52473578	RUBIO IZQUIERDO ALEIDA	59	0			N								X								25-14	1.490.000	238.400	0	0	0	0	EPS008	1.490.000	186.300	14-11	1.490.000	3	36.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información