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-oct-21	Hasta:	31-oct-21	
Nombre del Contratista:	DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ		Cédula:	1010184109	
Correo Electrónico:	YOYESITA89@OUTLOOK.COM		Teléfono(s):	3023770767	
Nombre del Supervisor - Planta:	MARISOL VELANDIA		Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Codigo-Grado: 242-23

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001287	Año Contrato: 2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72	
PERFIL:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SUR E.S.E				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS JERUSALEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS	UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE URGENCIAS (Ocultar)							
URG OBSERVACION - USS JERUSALEN	JERUSALEN	BDZVC	180	12	$ 17.400	$ 3.340.800	100,00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES: $ 3.340.800 TRES MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS 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	$ 5.742.000	955	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 4.454.400	1575	2	FEBRERO	$ 3.758.400
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 5.672.400	2272	3	MARZO	$ 3.236.400
4	2021-10-31	2021-12-31	4	$ 2.923.200	2693	4	ABRIL	$ 3.132.000
						5	MAYO	$ 3.340.800
						6	JUNIO	$ 3.654.000
						7	JULIO	$ 3.340.800
						8	AGOSTO	$ 3.340.800
						9	SEPTIEMBRE	$ 2.923.200
						10	OCTUBRE	$ 3.340.800
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11.275.200	$ 30.067.200	$ 30.067.200	$ -

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 profesionales de enfermeria a los usuarios de la subred con el pleno cumplimiento de los estandares de calidad y oportunidad durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta	Conocer y aplicar las guias de atencion, protocolos, manuales y procedimientos institucionales, en especial los relacionados con el cumplimiento del objeto contractual	Historia clinica
2	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atencion y triage con plena autonomia y pertenencia realizando el seguimiento a las actividades augnedas en los planes de manejo para que se ejecuten de acuerdo al criterio medico dado por el profesional	Resultado de evaluacionlista de chequeo de procedimientos programados para el mes	Lista de chequeo y auditorias
3	Informar oportunamente al medico tratante y familiares, el devenir de la atencion brindada y cambios clinicos del paciente, conforme a los lineamientos del contratante	Lista de chequeo y seguimientos para el mes	Formatos manuales según protocolos institucionales
4	Diligenciar clara, correcta y oportunamente la historia clinica y demas documentacion del servicio cumpliendo con los parametros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema de informacion de la subred, igualmente velar por el adecuado diligenciamiento de documentos que realicen los auxiliares, cumpliendo con los parametros exigidos en la normatividad legal vigente, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad	Verificar y enviar fichas de notificacion oportunamente aplicar las normas de bioseguridad y utilizacion de elementos de uso personal	Libros y formatos según protocolos institucionales
5	Promover en los usuarios y pacientes la saludable generacion de estilos, habitos y conductas mediante acciones de educacion	Registro completo de los usuarios a los cuales se les realiza procedimientos invasivos recibiendo y entregando los equipos en buen estado	Formatos mensuales segun protocolos institucionales
6	Velar por el correcto uso mantenimiento y administracion de los equipos, medicamentos e insumos de los servicios, que la subred le confie para la ejecucion de las actividadespactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos.	Administrar y registrar medicamentos en la historia clinica con la aplicación de los 11 correctos formato libro de entrega de turno y kardex formato de canalizacionde gestantes desde urgencias y observacion	Libros y formatos de entrega de turno según protocolos institucionales

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.923.200
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	9	2021	10	01	1040737423		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS 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	COLFONDOS	$ 1.169.280	$ 187.100	$ 218.300
SALUD		SALUD TOTAL		$ 146.200	$ 170.600
ARL	3	SURA		$ 28.500	$ 33.300
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 361.800	$ 422.200

INFORMACION MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	004870430214

Julliette Mahecha Gomez

DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.010.184.109
CC. NO. CONTRATISTA

MARISOL VELANDIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD E.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-10-09, 09:20:06 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1040737423

Periodo Cotización 202109 **Periodo Servicio** 202109

Cliente:

PAGADA 2021-10-01 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ				
Documento	CC 1010184109	**Dirección**	TRASNVERSAL 34 A # 40 B 38 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3023770767		
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 1010184109		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MAHECHA GOMEZ DAYSY ZULMA JULLIETTE	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**			
ING	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	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.364.275	231001		16 %	$ 1.364.275	$ 218.300	$ 0	$ 0	EPS002		12.5 %	$ 1.364.275	$ 170.600	$ 0	14-11	3	2.436 %	$ 1.364.275	$ 33.300	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	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
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 218.300	$ 0	$ 0	$ 170.600	$ 33.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 422.200