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:	LUZ ADRIANA CIFUENTEZ VERGARA		Cédula:	53130317			
Correo Electrónico:	adrianita-1985-cv@hotmail.com		Teléfono(s):	3214072134			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		Perfil	DIRECTORA DE SERVICIOS AM	No. CTO:	009-05	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	JEISSON CASTRO ESPAÑA		Perfil	PROFESIONAL DE ENLACE DE I	No. CTO:	5294-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001642	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	AMBULATORIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	RURALIDAD				

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	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Ocultar							
OTROS ENFERMERIA - USS NAZARETH		NAZARETH	N04NN	186		$ 10.885	$ 2.024.610	100,00%
							$ -	
							$ -	
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:	$ 2.024.610	DOS MILLONES VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS DIEZ 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		
						2	FEBRERO	$ 2.024.610
						3	MARZO	$ 2.024.610
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 4.049.220	960	4	Abril	$ 2.024.610
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 3.550.740	216	5	Mayo	$ 2.024.610
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 4.049.220	2032	6	Junio	$ 2.024.610
4	2021-11-01	2021-12-31	4	$ 4.049.220	2708	7	Julio	$ 2.024.610
						8	Agosto	$ 2.024.610
						9	Septiembre	$ 2.024.610
						10	Octubre	$ 2.024.610
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.547.700	$ 20.246.100	$ 18.221.490	$ 2.024.610

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 apoyo tecnico en el servicio de enfermeria de la subred integrada de servicios de salud sur,durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.	Se realiza apoyo a medicos,jefes y demas personal solicitado para apoyo. Se realiza aplicación de protocolos de limpieza y desinfeccion en la unidad. Se realizaapoyo en archivo, cambio de carpetas entrdas y salidas, archivar en historias clinicas.	Notas de enfermeria,Historia clinica,formatos en fisico de limpieza y desinfeccion y libro de entrada y salida de Historias Clinicas.
2	Participar según su competencia en la atencion que debe realizar el contratante a los diferentes usuarios internos y externos que vigilen su actuar en la prestacion del servicio de salud.	Se realiza atencion oportuna y completa a los usuarios actuando con humanizacion y respeto.	Se refleja a travez de evidencias de satisfaccion en los usuarios.
3	Cumplir la meta de produccion acordada con el supervisor de contrato, para efectos de las actividades y/o productos contratrados	Realizar actividades propuestas para el cumplimiento de las necesidades del servicio.	Registro de enfermeria en historia clinica ,libros de novedades,consultas y salida de HC.
4	Diligenciar de forma clara,correcta y oportunamente los planes de cuidado de enfermeria, en el sistema de informacion de la subred y la historia clinica, cumpliendo con los parametros exigidos en la normatividad legal vigente.	Se llevan a cabo los planes de enfermeria según cada uno de los usuarios y su condicion identificando correctamente cada uno de ellos dejando en historia clinica cada uno de los planes.	Notas de enfermeria,Historia Clinica

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

5	Velar por el correcto uso de los insumos que la subred le confie para la ejecicion de las actividades pactadas,informando oportunamente al supervisor del contrato,las novedades y observaciones que puedan efectarlos.	Se realiza un manejo correcto de insumos al ser entregados por farmacia,utilizando el formato correspondiente y siendo envidenciado en historia clinica de cada paciente.	Formato de farmacia,Historia cclinica
6	Brindar asistencia en los procedimientos propios del servicio y apoyar al equipo medico en la realizacion de procedimientos especiales cuando sea requerido.	Se brinda una asistencia correcta y oportuna en cada uno de los procedimientos del servicio.	Verificacion por parte de jefes de enfermeria,registro de historia clinica según el procedimiento.
7	Promover en los usuarios la gerencia de estilos,habitos y conductas de vida saludable, mediante acciones de educacion.	Se informa a los usuarios de habitos para llevar una mejor calidad de vida; según su edad educandolos para que fomenten la informacion.	Notas de enfermeria y satisfaccion de usuarios.
8	Evaluar diariamente a traves del autocontrol el cumplimientodel propio cronograma.	Realizar las actividades propuestas en el cronograma diariamente.	Cronograma con cumplimiento de metas del mes
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Turno de facturacion fin de semana,esterilizacion,diligenciamiento de la adherencia a higiene de manos y fortalecimiento barreras de seguridad componente ambulatorio.	Registro en historia clinica-consentimiento informado-formato 12-formato de cronicos.
10	Participar desde su competencia a la caracterizacion poblacional y al proceso de monitoreo y seguimiento de la atencion en salud individual de acuerdo a la oferta institucional para el grupo de riesgo de enfermedades	Seguimiento y visita a cronicos en territorio,actividades educativas ,charlas educativas,entrega de medicamentos.	Formato 12-formato de cronicos y carnet de cronicos.
11	Desarrollar desde su competencia las actividades de prestacion de servicios de atencion en salud individual y/o por acciones de teleorientacion para los eventos priorizados de hipertencion arterial y diabetes mellitus.	Seguimiento y visita a cronicos en territorio,actividades educativas ,charlas educativas,entrega de medicamentos.	Formato 12-formato de cronicos y carnet de cronicos.
12	Brindar atencion al usuario,apoyar desde su competencia en el proceso de educacion de los usuarios con patologias cronicas,activos en la ruta cerebro cardio vascular con actividades de promocion de la salud y prevencion de la enfermedad del grupo de riesgo de enfermedades cronicas	Seguimiento y visita a cronicos en territorio,actividades educativas ,charlas educativas,entrega de medicamentos.	Formato 12-formato de cronicos y carnet de cronicos.

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.024.610
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	9	2021	10	11	1041013526		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS DIEZ 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	PROTECCION	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4500201696

LUZ ADRIANA CIFUENTEZ VERGARA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53.130.3[illegible]
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 DE RURALIDAD

2021-02-12

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-10-11, 03:23:46 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1041013526

Periodo Cotización 202109 Periodo Servicio 202109

Cliente:

PAGADA 2021-10-11

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ ADRIANA CIFUENTES VERGARA				
Documento	CC 53130317	Dirección	CR 78K SUR #40 - 53 BOSQUES DE KENEDY		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3214072134		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

DATOS DEL AFILIADO

Documento							Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00	Residente		Exonerado	N	CIFUENTEZ VERGARA LUZ ADRIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
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	Aport ICBF
													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	CCF24	2 %	$ 908.526	$ 18.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

.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	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 18.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 299.400

eas 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

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-10-11, 03:17:02 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2021
Empresa	LUZ ADRIANA CIFUENTES VERGARA
CEDULA CIUDADANIA	CC 53130317
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1041013526
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1162469890
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 299.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	$ 145.400	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 113.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 22.200	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 18.200	$ 0
			SubTotales:	$ 299.400	$ 0
			Total a Pagar:		$ 299.400

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

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? 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 1642-2021.pdf	Febrero 1642-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1642-2021.pdf	1642-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Abril 1642-202.pdf	Abril 1642-202.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Mayo 1642-2021.pdf	Mayo 1642-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Junio 1642-2021.pdf	Junio 1642-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Julio 1642-2021.pdf	Julio 1642-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Agosto 1642-2021 (1).pdf	Agosto 1642-2021 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE 1642-2021.pdf	SEPTIEMBRE 1642-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >