| 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-oct.-21 | Hasta: | 31-oct.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | LILIA PATRICIA CASTRO NIÑO | | Cédula: | 39668698 | | | |
| Correo Electrónico: | liliapatriciacastro@hotmail.com | | Teléfono(s): | 3232372722 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | YOLANDA RODRIGUEZ | | Cargo: | Profesional Especializada | Codigo-Grado: | 242-30 | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | | Código-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | PAOLA ANDREA NAVAS FONSECA | | Perfil | REFERENTE DE PROCESO | No. CTO: | 7397-2021 | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 1196-2021 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 72 |
| PERFIL: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | HOSPITALARIOS | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | VISTA HERMOSA | | | | |

## 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 | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Ocultar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| HOSP MEDICINA INTERNA - USS VISTA HERMOSA | | VISTA HERMOSA | I06VB | 192 | | $ 9.400 | $ 1.804.800 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| UCI NEONATAL | Ocultar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Ocultar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Ocultar | | | | | | | |
| RURALIDAD | Ocultar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Ocultar | | | | | | | |
| GESTION DEL RIESGO | Ocultar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Ocultar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 1.804.800 | UN MILLON OCHOCIENTOS CUATRO 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 | | |
| 1 | 2021-05-01 | 2021-06-30 | 1 | $ 3.271.200 | 955 | 2 | febrero | $ 1.522.800 |
| 2 | 2021-06-30 | 2021-08-31 | 2 | $ 1.804.800 | 1575 | 3 | marzo | $ 1.748.400 |
| 3 | 2021-07-30 | 2021-10-31 | 3 | 2.086.800 | 2164 | 4 | abril | $ 1.692.000 |
| 4 | 2021-11-01 | 2021-12-31 | 4 | $ 3.271.200 | 2690 | 5 | mayo | $ 1.861.200 |
| | | | | | | 6 | junio | $ 1.692.000 |
| | | | | | | 7 | julio | $ 1.804.800 |
| | | | | | | 8 | agosto | $ 1.579.200 |
| | | | | | | 9 | septiembre | $ 1.692.000 |
| | | | | | | 10 | Octubre | $ 1.804.800 |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 6.768.000 | $ 17.202.000 | $ 15.397.200 | $ 1.804.800 |

## 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 asistenciales como medico de acuerdo a su especialidad y a los estandares de calidad y oportunidad seguros, eficiente y humanizado durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta y | Cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado según orientación del enfermero del servicio | Historias clinicas de los pacientes atendidos dentro de los turnos programados |
| 2 | Participa según su competencia en la atención que deba realizar el Contratante a los diferentes usuarios internos y externos que vigilan su actuar en la prestación del servicio de salud | Aplicación de protocolos, guías y manuales institucionales en el desarrollo de las actividades de cuidado de los pacientes atendidos | Historias clínicas y listas de chequeo |
| 3 | Cumplir la meta de produccion acordada como supervisor de contrato para efecto de actividades y, o productos especializados contratados | Ejecutar tratamientos, inyectología, venopunciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos establecidos | Lista de chequeo de infecciones, sondas y catéter |
| 4 | Diligenciar de forma clara, correcta y oportunamente los Planes de Cuidado de Enfermería, en el sistema de información de la Subred y la Historia Clínica, cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente | Regidtro claro, corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicadoscomo auxiliar de enfermeria | Historias de los usuarios atendidos |
| 5 | Velar por el correcto uso de los insumos que la Subred le confie para la ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato las novedades y observaciones que puedan afectarlos | Realización de entrega y recibo de turno, contabilizando loos insumos y describiendo los faltantes para informar al jefe de turno | Supervisión del jefe del servicio |

| 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | Brindar asistencia en los procedimientos propios del servicio y apoyar al equipo médico en la realización de procedimientos especiales cuando sea requerido | Ejecutar tratamientos, inyectología, venopunciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos establecidos | Asistir en los procedimientos, teniendo en cuenta los elementops de protección personal y normas de asepsia |
| 7 | Promover en los usuarios la generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludable, mediante acciones de educación | Motivar a los usuarios a tener una mayor responsabilidad en cuanto a sus estilos de vida y cuidados de su salud | Mediante charlas motivar a los usuarios a mejorar su estilo de vida |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 1.692.000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 9 | 2021 | 10 | 11 | 53930641 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL 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 | NO | | | $ 281.100 | $ 281.200 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 8400678358 |
|---|---|---|---|---|---|

Lilia Patricia Castro.

LILIA PATRICIA CASTRO NIÑO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
39.661.698
CC. NO. CONTRATISTA

YOLANDA RODRIGUEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
Profesional Especializada

PAOLA ANDREA NAVAS FONSECA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTE DE PROCESO

2021-02-12

Paciente

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 | 39686698 | LILIA PATRICIA CASTRO NIÑO | cll 33 no 5 A 09 Este | 3232372722 | lilipatriciacastro@hotmail.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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2021-09 | 2021-09 | I | 11/10/2021 | 93930641 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $281.200 | |

## 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 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 145.400 | 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 | 830903790-5 | 22.200 | | | | 22.200 | 0 | 0 | 22.200 | | | 222 | 22.200 | 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 | 113.600 | 113.600 |
| Pensión | 1 | 145.400 | 145.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 22.200 | 22.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 281.200 | 281.200 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 39656608 | LILIA PATRICIA CASTRO NIÑO | | cll 33 no 5 A 09 Este | 3232372722 | liliapatriciacastro@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

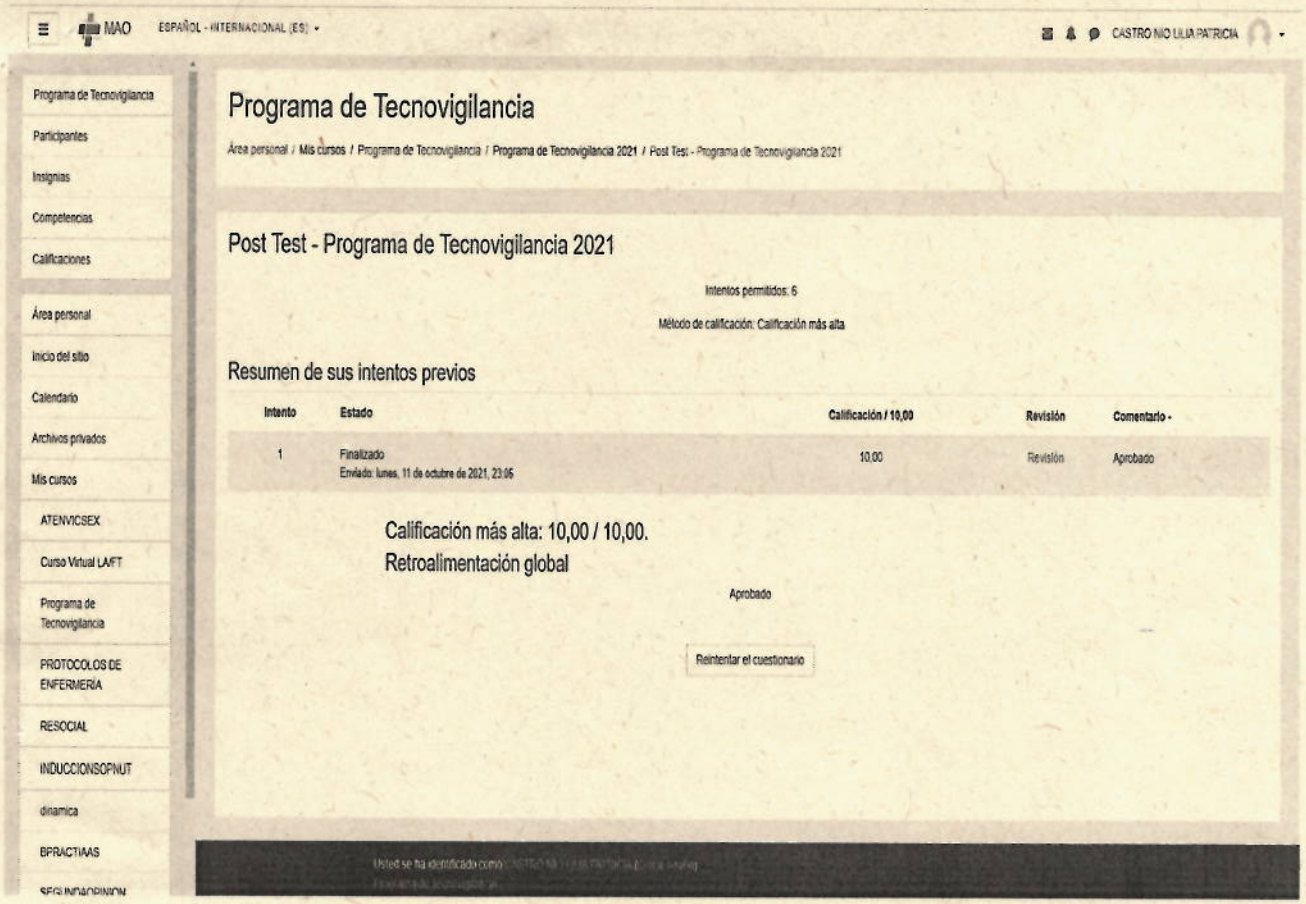
| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-09 | 2021-09 | 1 | 11/10/2021 | 53030641 | $281.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Estudia | Salario | Extranjero | Colombiano en el exterior | No. | IRET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | DIAS COTIZADOS | 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 | 39656608 | CASTRO NIÑO LILIA PATRICIA | YES | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 230301 | 906.526 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 906.526 | 113.400 | M-11 | 906.526 | 3 | 22.370 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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


MAO
ESPAÑOL - INTERNACIONAL (ES)
CASTRO NIO LILIA PATRICIA
Programa de Tecnovigilancia
Participantes
Insignias
Competencias
Calificaciones
Área personal
Inicio del sitio
Calendario
Archivos privados
Mis cursos
ATENVICSEX
Curso Virtual LAFT
Programa de Tecnovigilancia
PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA
RESOCIAL
INDUCCIONSOPNUT
dinamica
BPRACTIAAS
Programa de Tecnovigilancia
Área personal / Mis cursos / Programa de Tecnovigilancia / Programa de Tecnovigilancia 2021 / Post Test - Programa de Tecnovigilancia 2021
Post Test - Programa de Tecnovigilancia 2021
Intentos permitidos: 6
Método de calificación: Calificación más alta
Resumen de sus intentos previos
Intento
Estado
Calificación / 10,00
Revisión
Comentario -
1
Finalizado
Enviado: lunes, 11 de octubre de 2021, 23:06
10,00
Revisión
Aprobado
Calificación más alta: 10,00 / 10,00.
Retroalimentación global
Aprobado
Reintentar el cuestionario

xNBRcMvvuq

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

CASTRO NIO LILIA PATRICIA

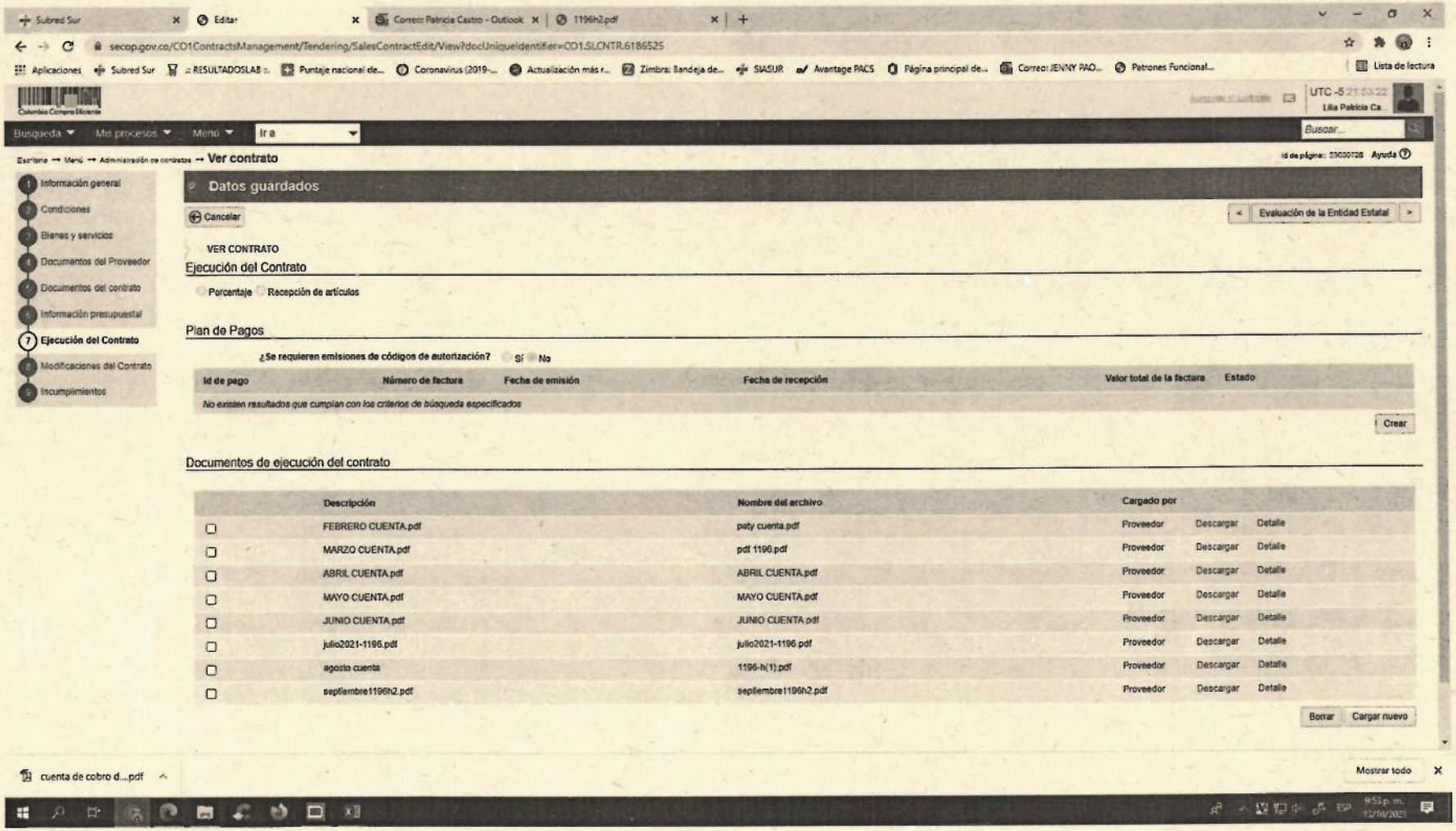
39668698

Desarrolló el curso de INDUCCION EN FARMACIA, con una intensidad de 1 hora.

Para constancia se firma
octubre 12, 2021

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

BOGOTÁ


Subred Sur
Editar
Correo: Patricia Castro - Outlook
1196h2.pdf
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6186525
Aplicaciones
Subred Sur
RESULTADOSLAB
Puntaje nacional de...
Coronavirus (2019-...
Actualización más r...
Zimbra: Bandeja de...
SIASUR
Avantage PACS
Página principal de...
Correo: JENNY PAO...
Patrones Funcional...
Lista de lectura
Colombia Compra Eficiente
UTC -5
Lilia Patricia Ca...
Busqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Id de página: 23030726
Ayuda
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?
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 CUENTA.pdf
paty cuenta.pdf
MARZO CUENTA.pdf
pdf 1196.pdf
ABRIL CUENTA.pdf
ABRIL CUENTA.pdf
MAYO CUENTA.pdf
MAYO CUENTA.pdf
JUNIO CUENTA.pdf
JUNIO CUENTA.pdf
julio2021-1196.pdf
julio2021-1196.pdf
agosto cuenta
1196-h(1).pdf
septiembre1196h2.pdf
septiembre1196h2.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
cuenta de cobro d....pdf
Mostrar todo
ESP
9:53 p. m.
15/10/2021

xo3ImgGVan

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

CASTRO NIO LILIA PATRICIA

39668698

**Recibió actualización en RESPONSABILIDAD SOCIAL con una intensidad de 08 horas**

Para constancia se firma

septiembre 10, 2021

Secretaría de Salud

BOGOTÁ