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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-oct.-21	Hasta:	31-oct.-21		
Nombre del Contratista:	ORLINDA HERRERA JARAMILLO		Cédula:	39626698		
Correo Electrónico:	lindaherrerajaramillo76@gmail.com		Teléfono(s):	3144262763		
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ		Perfil	PROF.GEST.ADM EN SALUD	No. CTO:	2386-2021
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002844	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION HOSPITALARIA				
UNIDAD DE SERVICIOS :	UMHES TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTR DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Ocultar							
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Ocultar							
UCI ADULTOS - USS EL TUNAL		TUNAL	J02TN	186	84	$ 9.400	$ 2.538.000	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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:	$ 2.538.000	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y OCHO 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	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 1.770.000	859	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 3.139.600	1585	2	Febrero	$ 1.657.20
3	2021/09/2021	2021-10-31	3	$ 4.925.600	2164	3	Marzo	$ 1.748.40
4	2021-11-01	2021-12-31	4	$ 5.710.500	2262	4	Abril	$ 1.635.60
						5	Mayo	$ 1.748.40
						6	Junio	$ 2.199.60
						7	Julio	$ 2.538.00
						8	Agosto	$ 2.594.40
						9	Septiembre	$ 1.692.00
						10	Octubre	$ 2.538.00
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.768.000	$ 22.313.700	$ 18.351.600	$ 3.962.100

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 necesidad 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 demás normas concordantes	REALIZR LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA	NOTAS DE ENFERMERIA
2	Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	DARL CONOCER AL PACINTE LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER AL SALIR DEL HOSPITAL SU DOMICILIO	RECOMENDACIONES EN LA ORDEN DE SALIDA

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 información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con integralidad, secuenclalidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente	REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE DE LA EVOLUCION DEL MISMO E INFORMACION AL CUERPO DE NEFERMRIA Y/O MEDICOS DEL ESTADO DEL ESTADO DEL PACIENTE	NOTAS DE ENFERMERIA
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	REALIZAR LAS ACTIVIDADES CORESPECTOA CADA UNO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLADAS EN EL SERVICIO	NOTAS DE ENFERMERIA
5	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	CUIDADOS DEL PIACIENTE DENTRO D ELA UNIDAD SE ENCUENTRA DEJANDO POR ESCRITO TODOS LOS TRATAMIENTOS Y CUIDADOS QUE SE REALICEN	NOTAS DE ENFERMERIA
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	REALIZAR LAS DIFERENTES ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SRVIDOR DEL TURNO	ENTREGA DE TURNO
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.692.00
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	9	2021	10	13	1164634897		

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 infer un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.5
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.6
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.2
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 281.100	$ 281.3

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTÁ	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	1026627

ORLINDA HERRERA JARAMILLO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
39.626.698
CC. NO. CONTRATISTA

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROF.GEST.ADM EN SALUD

2021-02-12

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	38628598	ORLINDA HERRERA JARAMILLO	U		

PERIODO DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
2021	9	2021	5394801		PUBLICA / PRIVADA / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Carrera 1 N 57 A sur 88 torre 4 apto 303	BOGOTA, D.C.	11001	BOGOTA, D. C.	11	7640495		lindaherrerajaramillo78@gmail.com	7490	908.526	1	2021/10/13	1164634897

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

CODIGO EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	No. AFILIADOS	VALOR	No. AFILIADOS	VALOR	NETO COTIZADO	DIAS MORA	INTERESES MORA COTIZ.	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. CAMBIO SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ SGSSI	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
EPS005	830066942-7	113.600	0		0		0	113.600	0	0	0	113.600	0		0	0	113.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

CODIGO AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COMISION AFILIADO	COMISION APORTANTE	FONDO SOLIDARIO	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
23-14	900336004-7	145.400	0	0	0	0	0	0	145.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CODIGO CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
CCF24	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A OTROS

CONC	VALOR	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
ESAP					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

CODIGO ARL	NIT ARL	COTIZACION OBLIGAT	INCAPACIDADES No. APORTES	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESGOS	VALOR NETO COTIZACION
14-11	830363790-5	22.200		0	0	22.200

DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	SUBTOTAL APORTES COTIZ	No. RADICADO SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIO	TOTAL A PAGAR
0	0	22.200		0	222	22.200

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MINISTERIO

VALOR	DIAS MORA	INTERESES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL A PAGAR POR CADA ADMINISTRADORA	APORTES OBLIGATORIO Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	145.400	145.400
SALUD	113.600	113.600
RIESGOS LABORALES	22.200	22.200
CCF	18.200	18.200
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	299.400	299.400

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