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: | LEIDY JOHANNA NARVAEZ LOZANO | | Cédula: | [redacted] | | | |
| Correo Electrónico: | leidynarvaez828@gmail.com | | Teléfono(s): | 3102292739 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO | | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZAD | Codigo-Grado: | 242-28 | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | [redacted] | | Perfil | | No. CTO: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | [redacted] | | Cargo: | | Còdigo-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | [redacted] | Año Contrato | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | [redacted] |
| PERFIL: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | CAPS 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 | | | | | | | |
| OTROS ENFERMERIA - CAPS VISTA HERMOSA | VISTA HERMOSA | N04VB | 186 | 0 | $ 8.150 | $ 1.515.900 | 100,00% |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 1.515.900 | UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS |

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 03/09/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/09/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2021-09-03 | 2021-09-30 | | | | 1 | | |
| 2 | 2021-10-01 | 2021-12-31 | 2 | $3.031.800 | 2708 | 2 | | |
| | | | | | | 3 | | |
| | | | | | | 4 | | |
| | | | | | | 5 | | |
| | | | | | | 6 | | |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | septiembre | $ 1.418.100 |
| | | | | | | 10 | octubre | $ 1.515.900 |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.418.100 | $ 4.449.900 | $ 2.934.000 | $ 1.515.900 |

## 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 | 1). Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) acorde Con la Lex Artis, segun necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema | ATENDER LAS ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA SEGUN ORDEN MEDICA | PLANILLAS |
| 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 | DEMANDA INDUCIDA A PACIENTES | SEGUIMIENTO EN DINAMICA GERENCIAL |
| 3 | Registrar en la historia clinica la informacion de la intervencion del paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultanea o inmediatamente despues de su realizacion, con | REALIZAR REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LA ATENCION Y SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE LA INFORMACION DEL ESTADO DEL PACIENTE DE | HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL |
| 4 | Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos,guias, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimelnto informado en los casos | AYUDAR A LA ELABORACION Y CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA CADA PACIENTE SEGUN SU ESTADO DE ENFERMERIA | HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL |
| 5 | apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promocion de habitos salidables, autocuidado especificos de acuerdo a tratamiento y | PARTICIPACION EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y CUIDADOS SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLE, REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE | HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL |
| 6 | otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | RECIBO Y ENTREGA DE TURNO SEGUN EL HORARIO CORRESPONDIENTE, REALIZAR LOS PEDIDOS DE INSUMOS NECESARIOS PARA CADA UNO DE LOS | HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL |
| 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 | $ 1.418.100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 9 | 2021 | 10 | 13 | 1041082314 | | |
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS | | UN MILLON CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL CIEN PESOS | | | | | |

| 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 |

| ÍTEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO(Sobre el 40% de los ingresos mensuales) |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | COLPENSIONES | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| SALUD | | COMPENSAR | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 22.100 | $ 22.200 |
| CAJA DE COMPENSACION | SI | COLSUBSIDIO | | $ 281.100 | $ 281.200 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | [redacted] |
|---|---|---|---|---|---|

1033703088
LEIDY NARVAEZ

LEIDY JOHANNA NARVAEZ LOZANO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.033.703.088
CC. NO. CONTRATISTA

YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR
#¡REF!

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE LA SALUD

2021-02-12

# LEIDY JOHANNA NARVAEZ LOZANO

## 1033703088

## FARMACIA

Horas de crédito: 1

SE CERTIFICA QUE CUMPLIO CON LA REVISION DE LA INDUCCION AL SERVICIO FARMACEUTICO

Document Control Number

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

yVHyu6dGhG

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

LEIDY JOHANNA NARVAEZ LOZANO

1033703088

Recibió actualización en **PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA** con una intensidad de 04 horas

Para constancia se firma

octubre 13, 2021

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

BOGOTÁ

Z71XxT3TxI

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

LEIDY JOHANNA NARVAEZ LOZANO

1033703088

Recibió actualización en RESPONSABILIDAD SOCIAL con una intensidad de 08 horas

Para constancia se firma

octubre 13, 2021

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-10-14, 04:08:38 AM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1041082314

**Periodo Cotización:** septiembre de 2021 **Periodo Servicio:** septiembre de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8865762780

**PAGADO 13/10/2021 EN HORARIO EXTENDIDO**

## ATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ión Social** | LEIDY JOHANNA NARVAEZ LOZANO | | |
| **cumento** | CC1033703088 | **Dirección** | CR 18 #64 F - 15 SUR |
| **o de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3102292739 |
| **o Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **dad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **resentante Legal** | | **Identificación** | |
| **al Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## ETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 1033703088 | LEIDY JOHANNA NARVAEZ LOZANO | 59 | 00 | C | | | | | | | | | | | | | | | | R | 30 | 30 | 30 | 30 | 25 14 COLPENSIONES | $ 908.526 | $ 145.400 | EPS048 COMPENSAR EPS | $ 908.526 | $ 113.600 | 1.044 | $ 908.526 | $ 9.500 | CCF22 COLSUBSIDIO | $ 908.526 | $ 18.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 286.700 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908.526 | $ 908.526 | $ 908.526 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 9.500 | $ 18.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 286.700 | $ 0 | $ 286.700 |



Líneas 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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.