[redacted]	[redacted]	[redacted]

DATOS DEL INFORME

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

DATOS DEL CONTRATO

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]				
[redacted]	[redacted]				
[redacted]	[redacted]				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	NÚMERO DE UNIDAD	VALOR HORA ORDINARIA	VALOR HORA ADICIONAL	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE DE APORTE
[redacted]	[redacted]							
[redacted]	[redacted]							
[redacted]	[redacted]							
[redacted]		[redacted]	[redacted]	136		$ 17.655	$ 3.071.970	100.00%
							$ -	0.00%
							$ -	0.00%
UCI PEDIATRICA	[redacted]							
UCI NEONATAL	[redacted]							
UCI ADULTOS	[redacted]							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	[redacted]							
CONVENIO APH	[redacted]							
SIRC							$ -	0.00%
RURALIDAD	[redacted]							
PARTICIPACION CIUDADANA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	[redacted]							
GESTION DEL RIESGO	[redacted]							
SALUD PUBLICA PIC	[redacted]							
HONORARIOS	[redacted]							
REMUNERACION	[redacted]							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES: $ 3.071.970 — TRES MILLONES SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		ADICIONES				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	MES
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. MESES EJECUTADOS CONTRATO	MES CUENTA DE COBRO
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	1	
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	2	Febrero
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	3	Marzo
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	4	Abril
						5	Mayo
						6	Junio
						7	Julio
						8	Agosto
						9	Septiembre
						10	Octubre
						11	
						12	
						13	

VALOR FINAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.853.400	$ 32.836.300	$ 29.342.610	$ 3.495.690

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las relacionadas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

	RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	**CO-GPS-F1-11 V6**
	7) **Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de mayor o menor, relevante**, incluyendo, **logros, cierre, sin tratamiento, arrendamiento, interrelaciones o opuesta en Datos, sin utilizar siglas**, diabetes, sexualidad, reproductiva), **anualizar o mensualizamiento después de su realización**, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que definan el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulen la materia **(Resolución 2003/2009**, 3100/2017, norma que la modifique o sustituya).	Registrar en la historia clínica del paciente su evolución diaria tales como signos vitales, estado hemodinamico, evaluación cardiovascular. **Verificar diagnosticos y antecedentes** del paciente, definiendo procedimientos para establecer el tipo de cardiomiopatia que presenta.	**Historia Clinica en el aplicativo Dinamica**
	8) **Aplicar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y** asistencial y los internos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas **universales de bioseguridad**.	Diligenciar autorización y/o consentimiento del paciente al procedimiento , aplicar medidas de bioseguridad, **anunciar al paciente antes y verificarlo y evaluar** constantemente el estado respiratorio del paciente.	**Autorización Formato Consentimiento informado y evaluación Riesgo al paciente**
	9) Aplicar en la identificación, **caracterización, municipios, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a los** diferentes rutas de atención en salud, **así como la consolidación de información para la trazabilidad de** resultados de la salud	Identificarse con el paciente y validadores y confirmar su identidad , **informar o explicar** al paciente sobre el procedimiento a seguir y brindarle educación al paciente y/o familia de acuerdo a protocolos internos.	**Guías y protocolos internos**
	10) Articular acciones con los equipos multidisciplinarios para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	Los servicios de terapia respiratoria se basan en la atención a los pacientes en procesos como areas de ventilación mecanica, **fisiología pulmonar , programas domiciliarios y rehabilitacion** , de acuerdo a la normatividad legal vigente	**Equipos e implementos para el desarrollo de los procedimientos a los pacientes**
	11) **Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que** consulta a LA RED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	Evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente, informar y explicar al paciente sobre el procedimiento a seguir , **posteriormente reportar resultados al** medico tratante y anotar en historia clinica su evolución, registrar procedimientos según normativa interna.	**Evolución del paciente registrada en historia clinica**
	12) Informar oportunamente a familiar, acudiente, **representante o entidad custodia del paciente, la evolución,** riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento	Informar y explicar a familiares y cuidadores la evolución diaria y el estado de salud del paciente y registrar en historia clinica el escuchado y procedimiento aplicado al paciente.	**Historia Clinica registrada en medios magneticos**
	13) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Las demas actividades que se requieran propias del objeto contractual como terapeuta respiratorio dentro de la Subred Sur	**Guías y protocolos internos**

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.177.900
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	9	2021	10	13			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES CIENTO SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS

ITEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	VALOR VARIABLE DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Cuando el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLPENSIONES	$ 1.271.160	$ 305.400	$ 305.400
SALUD		COMPENSAR		$ 108.900	$ 359.000
ARL	3	SURA		$ 31.000	$ 31.000
CAJA DE COMPENSACION	NO	SINOLPAS		$ 393.300	$ 393.600

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA	BANCO DAVIVIENDA S.A	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	480046247

EDUARDO BARRETO CHACON
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.179.038
CC. NO. CONTRATISTA

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTOR TECNICO

ANGELICA SOBRID M
ANGELICA CONCHA SARRIA MENA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTE TECNICO TERAPIAS

2021-10-13

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52179028		BARBOSA CHAVES JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 78j # 53-17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	1160514012	9425699724	I	2021/10/07	2021/10/11	BANCO DAVIVIENDA	4	$393,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$203,600	$0	$0	$203,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$203,600	$0	$0	$203,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,000	$0	$0	$31,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,000	$0	$0	$31,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$159,000	$0	$0	$159,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$159,000	$0	$0	$159,000
TOTAL				1	$393,600	$0	$0	$393,600

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52179028		BARBOSA CHAVES JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 78j # 53-17	BOGOTA-BOGOTA D.C.	1111111	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	11605514012	94256997724	I	2021/10/07	2021/10/11	BANCO DAVIVIENDA	4	$393,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,272,000	$203,600			$1,272,000	$159,000			$0	$0			$1,272,000	$31,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,272,000	$203,600			$1,272,000	$159,000			$0	$0			$1,272,000	$31,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,272,000	$203,600			$1,272,000	$159,000			$0	$0			$1,272,000	$31,000		$0	$0
1	CC 52179028	BARBOSA JOHANNA	25-14		30	$1,272,000	$203,600	EPS008	30	$1,272,000	$159,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,272,000	$31,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,272,000	$203,600			$1,272,000	$159,000			$0	$0			$1,272,000	$31,000		$0	$0

bj5hqixng1

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

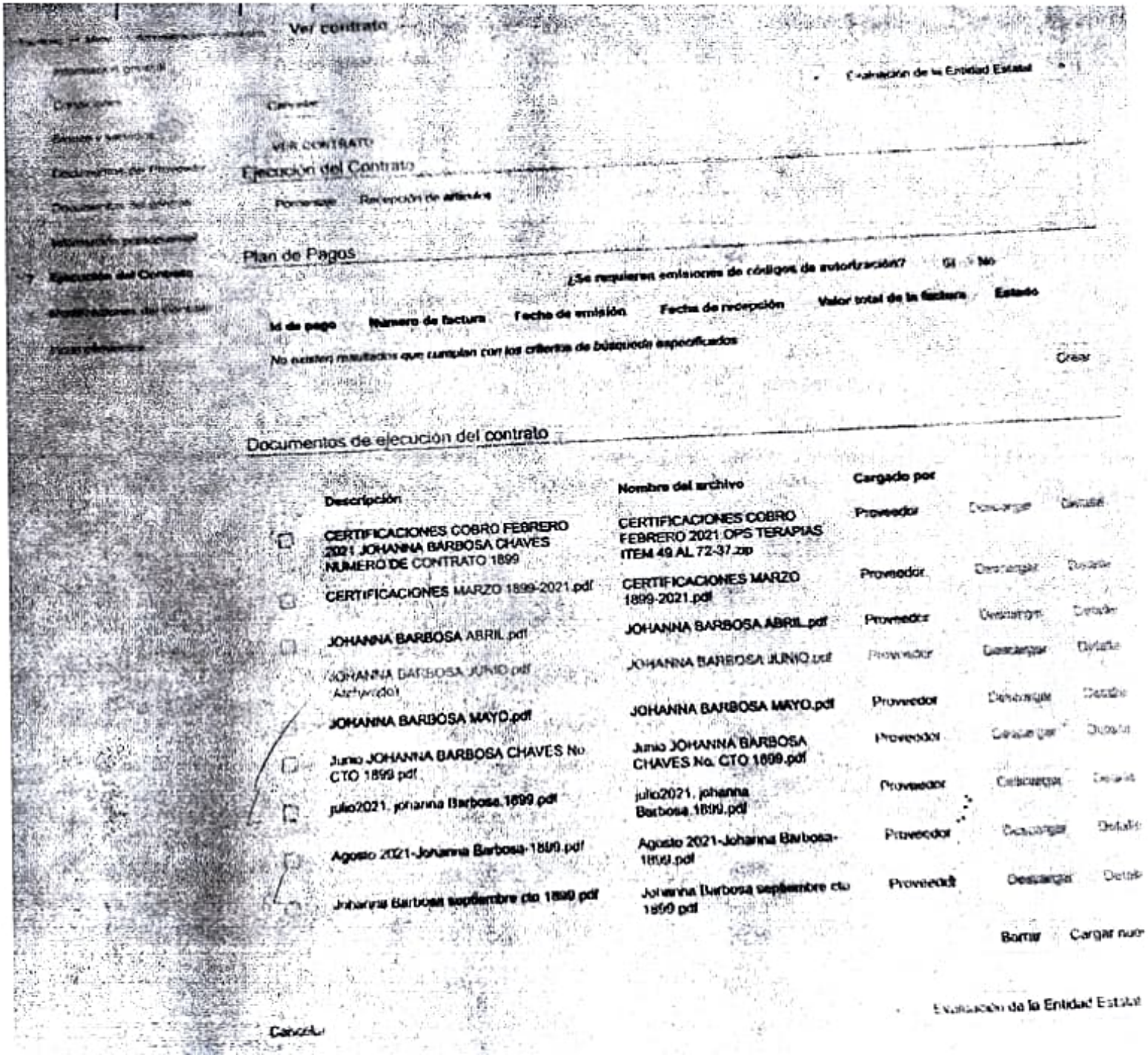
BARBOSA CHAVES JOHANNA

52179028

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

Para constancia se firma

octubre 15, 2021



Ver contrato

Evaluación de la Entidad Estatal

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Ponerse 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		
CERTIFICACIONES COBRO FEBRERO 2021 JOHANNA BARBOSA CHAVES NUMERO DE CONTRATO 1899	CERTIFICACIONES COBRO FEBRERO 2021 OPS TERAPIAS ITEM 49 AL 72-37.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
CERTIFICACIONES MARZO 1899-2021.pdf	CERTIFICACIONES MARZO 1899-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
JOHANNA BARBOSA ABRIL.pdf	JOHANNA BARBOSA ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
JOHANNA BARBOSA JUNIO.pdf Archivo(s)	JOHANNA BARBOSA JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
JOHANNA BARBOSA MAYO.pdf	JOHANNA BARBOSA MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Junio JOHANNA BARBOSA CHAVES No CTO 1899.pdf	Junio JOHANNA BARBOSA CHAVES No. CTO 1899.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
julio2021. johanna Barbosa.1899.pdf	julio2021. johanna Barbosa.1899.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Agosto 2021-Johanna Barbosa-1899.pdf	Agosto 2021-Johanna Barbosa-1899.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Johanna Barbosa septiembre cto 1899.pdf	Johanna Barbosa septiembre cto 1899.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Evaluación de la Entidad Estatal

Cancelar