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-nov.-21 | Hasta: | 30-nov.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | YAZMIN PASTOR ALEJO | | Cédula: | 1069734169 | | | |
| Correo Electrónico: | yazminpastor07@gmail.com | | Teléfono(s): | 3133286563 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | | Cargo: | DIRECTORA DE SERVICIOS AMB | Codigo-Grado: | 009-05 | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | | Codigo-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | JEISSON CASTRO ESPAÑA | | Perfil | PROFESIONAL DE ENLACE RUR/ | No. CTO: | 5294-2021 | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 001712 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 72 |
| PERFIL: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | USS SAN JUAN SUMAPAZ | | | | |

## 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 SAN JUAN DE SUMAPAZ | | SAN JUAN DE SUM. | N04NS | 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 | 2021-05-01 | 2021-06-30 | 1 | $ 4.049.220 | 960 | 1 | Febrero | $ 2.024.610 |
| 2 | 2021-07-01 | 2021-08-31 | 2 | $ 3.550.740 | 216 | 2 | Marzo | $ 2.024.610 |
| 3 | 2021-09-01 | 2021-10-31 | 3 | $ 4.049.220 | 2032 | 3 | Abril | $ 2.024.610 |
| 4 | 2021-11-01 | 2021-12-31 | 4 | $ 4.049.220 | 2708 | 4 | Mayo | $ 2.024.610 |
| | | | | | | 5 | Junio | $ 2.024.610 |
| | | | | | | 6 | Julio | $ 2.024.610 |
| | | | | | | 7 | Agosto | $ 2.024.610 |
| | | | | | | 8 | Septiembre | $ 2.024.610 |
| | | | | | | 9 | Octubre | $ 2.024.610 |
| | | | | | | 10 | Noviembre | $ 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 | $ 20.246.100 | $ - |

## 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 COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA ACORDE CON LA LEY ARTIS,SEGÚN NECESIDAD DE LA SUBRED SUR, DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS DE SGSSS,SINTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIAS Y CALIDAD Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES | REALIZAR ACTIVIDADES SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS | REGISTRO DE HISTORIA CLINICA-CONSENTIMIENTOS INFORMADOS |
| 2 | REALIZAR ACTIVIDADES DE INFORMACION EDUCACION COMUNICACIÓN ENCAMINADAS A PROMOVER Y PREVENIR LA ENFERMEDAD Y EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA. | REALIZAR ACTIVIDADES SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS | REGISTRO DE HISTORIA CLINICA-CONSENTIMIENTOS INFORMADOS-FORMATO 12-FORMATO CRONICOS |

| 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 INFORMACION DE LA INTERVENCION AL PACIENTE,PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA,SIMULTANEA O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZACION,CON INTEGRALIDAD,SECUENCIALIDAD,RACIONALIDAD CIENTIFICA(LOGICA,CLARA,COMPLETA) Y DEMAS CRITERIOS QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O ENTES COMPETENTES QUE REGURAN LA MATERIA(RESOLUCION 1995/1996,839DEL 2017 NORMA QUE LA MODIFIQUE,SUSTITUYA) | REALIZAR ACTIVIDADES SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS | REGISTRO DE HISTORIA CLINICA-CONSENTIMIENTO INFORMADO-FORMATO 12-FORMATO CRONICOS |
| 4 | APOYAR LA ELABORACION,ACTUALIZACION DE FORMATOS,PROTOCOLOS,GUIAS,PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA Y ADHERIRCE A LOS MISMOS,INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS CASOS PERTINENTES,GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD. | REALIZAR ACTIVIDADES SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS | REGISTRO DE HISTORIA CLINICA-CONSENTIMIENTO INFORMADO-FORMATO 12-FORMATO CRONICOS |
| 5 | APOYAR EN LA IDENTIFICACION CARACTERIZACION,INCRIPCION, MANEJO,SEGUIMIENTO Y CANALIZACION A USUARIOS EN LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCION EN SALUD,ASI COMO LA CONSOLIDACION DE INFORMACION PARA LA TRAZABILIDAD DE INDICADORES DE LA SALUD. | REALIZAR ACTIVIDADES SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS | FORMATO DE CANALIZACION-FORMATO 12 |
| 6 | OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL AUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES. | REALIZAR ACTIVIDADES SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS | REGISTRO DE HISTORIA CLINICA-CONSENTIMIENTO INFORMADO-FORMATO 12-FORMATO CRONICOS |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 11 | 2021 | 11 | 10 | 54640960 | $ | 2.024.610 |

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 | COLPENSIONES | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| SALUD | | SALUD TOTAL | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 1 | SURA | | $ 4.700 | $ 22.200 |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 263.700 | $ 281.200 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 570004570182438 |
|---|---|---|---|---|---|

Yazmin Pastor Alejo

YAZMIN PASTOR ALEJO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.069.734.169
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 RURALIDAD

2021-02-12

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 | 1069734169 | yazmin pastor alejo | localidad 20 san juan | 3133286563 | yazminpastor07@gmail.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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2021-11 | 2021-11 | I | 10/11/2021 | 54640960 | $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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 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 | 890903790-5 | 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 |

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 | CORREC | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1069734169 | yazmin pastor alejo | | localidad 20 san juan | 3133286563 | yazminpastor07@gmail.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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-11 | 2021-11 | I | 10/11/2021 | 54640960 | $281.200 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 |
| CC | 1069734169 | pastor alejo yazmin | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 908.526 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 908.526 | 113.600 | 14-11 | 908.526 | 3 | 22.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

DAVIVIENDA

**Pago PSE**

## Resultado de su transacción

**Código único CUS**
1199040431

**Destino de pago**
COMPENSAR-OI

**Motivo**
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**
10/11/2021

**Número de aprobación**
00040431

**Dirección IP**
190.130.89.215

**Valor transacción**
$ 281.200,00

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 10.0.66.31 | CC | 1069734169 |

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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 1712-2021.pdf | Febrero 1712-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO-1712-2021.pdf | MARZO-1712-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Abril 1712-2021.pdf | Abril 1712-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Mayo 1712-2021.pdf | Mayo 1712-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Junio 1712-2021.pdf | Junio 1712-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Julio 1712-2021.pdf | Julio 1712-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Agosto 1712-2021.pdf | Agosto 1712-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 1712-2021.pdf | SEPTIEMBRE 1712-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Octubre 1712-2021.pdf | Octubre 1712-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

GzLINmESO5

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

PASTOR ALEJO YAZMIN

1069734169

Recibió actualización en **ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON SUSTANCIAS QUIMICAS** con una intensidad de 24 horas

Para constancia se firma

15 de noviembre de 2021

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

BOGOTÁ