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-nov.-21	Hasta:	30-nov.-21			
Nombre del Contratista:	SINDY PAOLA VELANDIA BERNAL		Cédula:	1031132701			
Correo Electrónico:	paolis2611@hotmail.com		Teléfono(s):	3213657359			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	MARTA YADIRA TORRES RODRIGUEZ		Perfil	PROFESIONAL GESTION ADMI	No. CTO:	2813-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001545	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	ENFERMERA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	MEISSEN				

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	Ocultar							
UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN		MEISSEN	J03ME	180	6	$ 17.400	$ 3.236.400	100,00%
							$ -	0,00%
UCI NEONATAL	Mostrar						$ -	0,00%
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC	Mostrar							
RURALIDAD	Mostrar						$ -	0,00%
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:	$ 3.236.400	TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS 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	$ 7.203.600	859	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 3.723.600	1585	2	Febrero	$ 3.132.000
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 4.732.800	2164	3	Marzo	$ 4.071.600
4	2021-11-01	2021-12-31	4	$11.588.400	2690	4	Abril	$ 3.967.200
						5	Mayo	$ 4.489.200
						6	Junio	$ 4.071.600
						7	Julio	$ 4.071.600
						8	Agosto	$ 4.071.600
						9	Septiembre	$ 4.384.800
						10	Octubre	$ 4.489.200
						11	Noviembre	$ 3.236.400
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.094.000	$ 41.342.400	$ 39.985.200	$ 1.357.200

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 SERVICOS DE PERFIL AUXILIAR DE ENFERMERIA ACORDE CON LA LEX ARTIS,SEGÚN NECESIDAD DE LA SUB RED SUR E.S.E DE ACUERDO A LOS PRONCIIPIOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES	CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN COORDINACION CON EL SUPERVISOR ACORDE A LAS NECESIDADES DEL LOS USUARIOS DE LA SUBRED SUR	AUDITORIAS
2	REALIZAR ACTIVIDADES DE INFORMACION, EDUCACION, COMUINICACION ENCAMINADAS A PROMOVER Y PREVENIR LA ENFERMEDAD Y EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL , FAMILIAR Y COMUNITARIA.	BRINDAR INFORMACION A LOS USUARIOS ACERCA NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.	HISTORIA CLINICA
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 INTEGRIDAD , SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTIFICA (LOGICA,CLARA Y COMPLETA)Y DEMAS CRITERIOS QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O ENTES COMPETENTES QUE REGULAN LA MATERIA (RESOLUCION 1995/1999, 838/2017,NORMA QUE LA MODIFIQUE O SUSTITUYA) E INFORMAR DE FORMA OPORTUNA A LA ENFERMERA Y/O MEDICO DEL SERVICIO LOS CAMBIOS EN EL ESTADO O EVOLUCION DEL PACIENTE	RAGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS USURIOS DE MANERA OPORTUNA Y VERAZ	HISTORIA CLINICA -AUDITORIAS
4	APOYAR LA ELABORACION ,ACTUALIZACION DE FORMATOS, PROTOCOLOS, GUIAS,PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA Y ADHERIRSE A LOS MISMOS, INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONCENTIMIENTO INFORMADO EN LOS CASOS PERTINENTES , GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD	PARTICIPAR EN LA CAPACITACIO DE PROTOCOLOS GUIS Y DE MAS Y PONERLOS EN PRACTICA	FORMATOS-GUIAS-PROTOCOLOS -PROCEDIMEINTOS
5	APOYAR EL PROCESO DE ALTA TEMPRANA, FORTALECIENDO CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE Y LA FAMILIA EN LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES, AUTOCUIDADO Y CUIDADOS ESPECIFICOS DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES MEDICAS DEJANDO REGISTRO ESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA Y/O DOCUMENTOS DESTINADOS POR LA INSTITUCION.	CONTRIBUIR ACTIVAMENTE EN EL PROCESO DE ATENCION SEGURA PARA ASEGUR LA RECUPERACION DE LOS USUARIOS DURANTE LA HOSPITALIZACION	HISTORIA CLINCIA

Marta Yadira Torres Rodriguez
C.C. 46 455 682
ENFERMERA PROFESIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL

	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
6	OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES	LAS ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 4.489.200
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	8354718723		
2021	10	2021	11	16			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ~~ANTERIOR EN~~ LETRAS: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS 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	PROTECCION	$ 1.795.680	$ 287.300	$ 287.400
SALUD		SALUD TOTAL SEGUROS BOLIVAR		$ 224.500	$ 224.500
ARL	3	SURA		$ 43.700	$ 43.800
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 555.500	$ 555.700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	*004870399331

Paola Velandia

SINDY PAOLA VELANDIA BERNAL
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.031.132.701
CC. NO. CONTRATISTA

MARTA YADIRA TORRES RODRIGUEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL GESTION ADMINISTYRATIVO EN SALUD

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12