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-oct.-21	Hasta:	31-oct.-21			
Nombre del Contratista:	JENIFFER CHACON ACUÑA		Cédula:	1024549566			
Correo Electrónico:	jeniffer.chacona@gmail.com		Teléfono(s):	3204766680			
Nombre del Supervisor - Planta:	YOLANDA RODRIGUEZ		Cargo:	Profesional Especializada	Codigo-Grado:	24230	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	PAOLA ANDREA NAVAS FONSECA		Perfil	REFERENTE DE PROCESO	No. CTO:	7397-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002402	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	ENFERMERA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	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							
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
							$ -	0,00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Ocultar							
HOSP MEDICINA INTERNA - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	I06VB	186		$ 17.400	$ 3.236.400	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
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:	$ 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	$13.258.800	859	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 835.200	1585	2	FEBRERO	$ 4.489.200
						3	Marzo	$ 4.593.600
						4	Abril	$ 3.549.600
						5	Mayo	$ 3.132.000
						6	junio	$ 3.340.800
						7	Julio	$ 3.445.200
3	2021-07-31	2021-10-31	3	$ 6.786.000	2164	8	Agosto	$ 3.758.400
						9	Septiembre	$ 3.132.000
4	2021-11-01	2021-12-31	4	$ 6.890.400	2690	10	Octubre	$ 3.236.400
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.022.400	$ 37.792.800	$ 32.677.200	$ 5.115.600

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 profesionales de enfermeria a los usuarios de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E, con el pleno cumplimiento de los estándares de calida y oportunidad, seguros, eficientes y humanizados y cumplimiento de protocolos y guias de manejo de la Entidad, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.	Cumplir con los turnos programados, realizacion de actividades de cuidado, plan de cuidado de acuerdo a la patologia del paciente.	Historia clinicas de los pacientes atendidos dentro de los turnos programados.

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-GPS-FT-11.V6
2	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención con plena autonomía y pertinencia, realizando el seguimiento a las actividades asignadas entos planes de manejo para que se ejecuten de acuerdo al criterio medico dado por el profesional.	Cumplir con los turnos programados, realizacion de actividades de cuidado, plan de cuidado de acuerdo a la patologia del paciente.	Historia clinicas de los pacientes atendidos dentro de los turnos programados.
3	Informar oportunamente al médico tratante y familiares: el de venir de la atencion brindada y cambios clinicos del paciente, conforme a los lineamientos del contartante.	Ejecutar tratamientos, Inyectologia, venopunciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos establecidos, lavado e higienizacion de manos.	Lista de chequeo de infecciones, sondas y cateteres.
4	Diligenciar clara, oportunamente la historia clinica y demas documentacion del servicio, cumpliendo con los parametros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema de Informacion de la Subred igualmente velar por el adecuado diligenciamiento de los documentos que realicen las auxiliares cumpliendo por los parametros exigidos en la normatividad vigente y lo expuesto en los manuales de bioseguridad.	Registro claro, corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como Enfermera.	Historias de los usuarios atendidos.
5	Brindar asistencia en los procedimientos propios del servicio y apoyar al equipo medico en la realizacion de procedimientos especiales cuando sean requeridos, verificar la correcta distribucion de los insumos que le sean confiados por la atencion.	Realizacion de la entrega y recibo de turno según programación, cumpliendo el protocolo institucional.	Supervision del jefe del servicio.
6	Promover en los usuarios y pacientes la generacion de estilos, habitos y conductas saludables, mediante acciones de educación.	Velar por el correcto uso, mantenimiento y administración, de equipos, medicamentos e insumos de los servicios, que la Subred Sur le confie para la ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos.	Libro de entrega de turno, notas en la historia clinica.
7	Velar por el correcto uso, mantenimiento y administración, de los equipos, medicamentos e insumos del servicio, que la Subred Sur le confie para la ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos. Verificar la correcta distribución de los insumos que le sean confiados para la atencion de pacientes y usuario incluyendo medicamentos e insumos medicos.	Cumplir con los protocolos asistenciales respectivoss al servicio de hospitalizacion tales como: lavado de manos, tecnicas de aislamiento, asistencia en paso de cateter central, toma de pvc, preparacion, administracion y control de soluciones endovenosas, administracion de medicamentos, administracion y control de componentes sanguineos, toma y traslados de muestras de cultivos,pasa de sonda nasogastrica, registro de liquidos administrados y eliminados, entrega y recibo de	Libro de registro de insumos
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NÚMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.132.000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	9	2021	10	14	54013927		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL PESOS

ITEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	PORVENIR	$ 1.252.800	$ 200.400	$ 200.500
SALUD		SURA		$ 156.600	$ 156.600
ARL	3	SURA		$ 30.500	$ 30.600
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 387.500	$ 387.700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTÁ	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	447150756

Jeniffer Chacón Acuña

JENIFFER CHACON ACUÑA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.024.549.566
CC NO. CONTRATISTA

PAOLA ANDREA NAVAS FONSECA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTE DE PROCESO

YOLANDA RODRIGUEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
Profesional Especializada

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	1024549566	JENIFFER CHACON ACUÑA	diagonal 60 sur # 75 H 47	3227968846	jeniffer.chacona@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	
2021-09	2021-09	I	14/10/2021	54013927	$412.800	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	156.600	0		0		0	0	0	0	156.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	200.500	0	0	0	0	0	0		200.500	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	30.600				30.600	0	0	30.600			306	30.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	25.100	0	0	25.100	1

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	156.600	156.600
Pensión	1	200.500	200.500
Riesgos Laborales	1	30.600	30.600
CCF	1	25.100	25.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	412.800	412.800

PAGADA

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	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024549566	JENIFFER CHACON ACUÑA	diagonal 60 sur # 75 H 47	3227968846	jeniffer.chacona@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	
2021-09	2021-09	I	14/10/2021	54013927	$412,600	

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	1024549566	CHACON ACUÑA JENIFFER	59	0			N																	230301	1,252,800	200,500	0	0	0	0	EPS010	1,252,800	156,600	14-11	1,252,800	3	30,600	CCF24	1,252,800	25,100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

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 2402.pdf	FEBRERO 2402.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Marzo (Archivado)	2402.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Abril.pdf	Abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Mayo	Cuenta de Cobro.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Junio (Archivado)	2402h.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Agosto	2404-h Agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	POLIZA.pdf	POLIZA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Marzo.pdf	Marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Julio.pdf	Julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Junio.pdf	Junio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Septiembre.pdf	Septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

FARMACIA

EVALUACION PROGRAMA FARMACOVIGILANCIA

Este cuestionario está abierto en viernes, 30 de julio de 2021, 07:00

Este cuestionario se cerrará el viernes, 31 de diciembre de 2021, 23:59

Límite de tiempo: 30 minutos

Método de calificación: Calificación más alta

Resumen de sus intentos previos

Intento	Estado	Calificación / 10	Revisión
1	Finalizado Enviado: martes, 12 de octubre de 2021, 08:34	7	
2	Finalizado Enviado: martes, 12 de octubre de 2021, 08:35	8	

Calificación más alta: 8 / 10.

Reintentar el cuestionario

Programa de Tecnovigilancia

Pre Test - Programa de Tecnovigilancia 2021

Intentos permitidos: 6

Método de calificación: Calificación más alta

Resumen de sus intentos previos

Intento	Estado	Calificación / 10,00	Revisión	Comentario -
1	Finalizado Enviado: martes, 12 de octubre de 2021, 08:24	10,00	Revisión	**Aprobado**

Calificación más alta: 10,00 / 10,00.

Retroalimentación global

Aprobado

Reintentar el cuestionario

e24hU0r5BG

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

CHACON ACUA JENIFFER

1024549566

Recibió actualización en RESPONSABILIDAD SOCIAL con una intensidad de 08 horas

Para constancia se firma

septiembre 14, 2021

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

BOGOTÁ

Español - Internacional (es)

English (en)

Español - Internacional (es)

Español Colombiano (es_co)