ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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:	IBAÑEZ QUINTERO YUDI FABIOLA		Cédula:	1032656047			
Correo Electrónico:	yuly_986@hotmail.com		Teléfono(s):	3142919545			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	DIANA LUCIA VALLARINO VILLARREAL		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:	1526-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001258	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERÍA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	TUNAL				

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							
#N/D		SIRC	GOITP540	192		$ 10.885	$ 2.089.920	100,00%
							$ -	
							$ -	
PARTICIPACIÓN 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:	$ 2.089.920	DOS MILLONES OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTE 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	2021-04-09	2021-06-30	1	$ 4.628.940	955	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 2.252.850	1575	2	Febrero	$ 1.893.990
3	2021/13/08	2021-12-31	3	$ 326.550	2020	3	Marzo	$ 1.893.990
4	2021-09-01	2021-12-31	4	$11.853.765	2262	4	Abril	$ 1.893.990
						5	mayo	$ 2.743.020
						6	Junio	$ 2.938.950
						7	Julio	$ 1.893.990
						8	Agosto	$ 2.416.470
						9	Septiembre	$ 2.416.470
						10	Octubre	$ 2.677.710
						11	Noviembre	$ 2.089.920
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.768.000	$ 25.830.105	$ 22.858.500	$ 2.971.605

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 de perfil (auxiliar de enfermería) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	Prestar servicios técnicos como auxiliar en enfermería de traslados secundarios en las áreas asistenciales a los usuarios de la Subred Sur, con pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.	HISTORIA CLINICA
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 comunitaria.	Realizar las actividades necesarias para mantener en buen estado y en condiciones optimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación	LISTADO DE ASISTENCIA
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermería cumpliendo las ordenes impartidas por el equipo médico y por el supervisor del contrato.	LISTADO DE ASISTENCIA
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Brindar educación al paciente que recibe nuestros servicios en cuanto la generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludable.	BITACORA DE TRASLADOS
5	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	Brindar educación al paciente que recibe nuestros servicios en cuanto la generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludable.	FORMATO DE SOLICITUD DE INSUMOS

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Realizar las actividades necesarias para mantener en buen estado y en condiciones optimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación	LISTADO DE ASISTENCIA

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	10	2021	11	11	1041010864		$ 2.677.710

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS 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	PROTECCION	$ 1.071.084	$ 171.400	$ 155.200
SALUD		FAMISANAR		$ 133.900	$ 121.300
ARL	4	SURA		$ -	
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 305.300	$ 276.500

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	473870057899

IBAÑEZ QUINTERO YUDI FABIOLA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.032.656.047
CC. NO. CONTRATISTA

DIANA LUCIA VALLARINO VILLARREAL
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-11-11, 12:02:53 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1041010864

Periodo Cotización: octubre de 2021 **Periodo Servicio:** octubre de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8865416620

PAGADO 11/11/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YUDI FABIOLA IBANEZ QUINTERO		
Documento	CC1032656047	**Dirección**	CL 93 SUR #4 - 45 BELLAVISTA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142919545
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	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 APP	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
CC 1032656047	YUDI FABIOLA IBAÑEZ QUINTERO	03	00																	0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 970.000	$ 155.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 970.000	$ 121.300	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 276.500

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
$ 970.000	$ 970.000	$ 0	$ 0	$ 155.200	$ 121.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 276.500	$ 0	$ 276.500

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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-11-12, 08:22:52 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1041711088

Nro Planilla Corregida: 1041010864 **Periodo Cotización:** octubre de 2021 **Periodo Servicio:** octubre de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8868416320

PAGADO 12/11/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YUDI FABIOLA IBANEZ QUINTERO		
Documento	CC1032656047	**Dirección**	CL 93 SUR #4 - 45 BELLAVISTA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142919545
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	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 APP	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
CC 1032656047	YUDI FABIOLA IBAÑEZ QUINTERO	03	00									A								0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 970,000	$ 155,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 970,000	$ 121,300	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 276,500
CC 1032656047	YUDI FABIOLA IBAÑEZ QUINTERO	03	00									C								0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 1,071,084	$ 171,400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1,071,084	$ 133,900	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 305,300

III.TOTALES

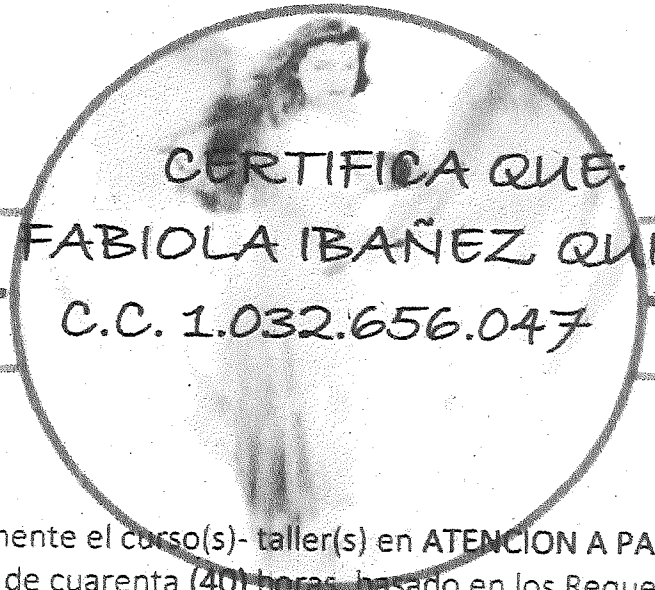
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 101,084	$ 101,084	$ 0	$ 0	$ 16,200	$ 12,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28,800	$ 0	$ 28,800

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.

CODIGO DE VERIFICACION 4348



CERTIFICA QUE:

YUDI FABIOLA IBAÑEZ QUINTERO

C.C. 1.032.656.047

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)- taller(s) en ATENCION A PACIENTE VICTIMA POR AGRESION CON AGENTE QUIMICO una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C. 17 DE SEPTIEMBRE DE 2021

Academia de Capacitaciones
NIT 1.110.543.709-3

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3

17 09 2021

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 DIRECCIÓN

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

ER CONTRATO

ción del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

mentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	febrero 1258-2021.pdf	febrero 1258-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	marzo-1258-2021.pdf	marzo-1258-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	abril-1258-2021.pdf	abril-1258-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	mayo-1258-2021.pdf	mayo-1258-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	junio-1258-2021.pdf	junio-1258-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	julio-1258-2021.pdf	julio-1258-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	agosto-1258-2021.pdf	agosto-1258-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	septiembre-1258-2021.pdf	septiembre-1258-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	octubre-1258-2021.pdf	octubre-1258-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

h-path

Confidential