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: | EDITH AGUIAR OLIVERA | | Cédula: | 28.917.385 | | | |
| Correo Electrónico: | EDMA917@GMAIL.COM | | Teléfono(s): | 3202210856 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ | | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | Codigo-Grado: | 242-28 | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | | Còdigo-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | VIVIANA MILDRETH HERNANDEZ SUAREZ | | Perfil | ENFERMERA ESPECIALISTA | No. CTO: | 2719-20201 | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 006410 | Año Contrato: 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 1692 | |
| PERFIL: | AUXIULIAR DE ENFERMERIA- UNIDAD RENAL | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | HOSPITALARIO | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | USS 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 | Ocultar | | | | | | | |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| TERAPIA RENAL - USS EL TUNAL | | TUNAL | J17TN | 232 | | $ 9.400 | $ 2.180.800 | 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: | $ 2.180.800 | DOS MILLONES CIENTO OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 21/06/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 31/07/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2021-07-23 | | 1 | $ 319.600 | 2021 | 1 | | |
| 2 | 2021-09-01 | 2021-10-31 | 2 | $ 4.400.000 | 2164 | 2 | | |
| 3 | 2021-11-01 | 2021-12-31 | 3 | $ 4.060.000 | 2690 | 3 | | |
| | | | | | | 4 | | |
| | | | | | | 5 | | |
| | | | | | | 6 | JUNIO | $ 639.200 |
| | | | | | | 7 | JULIO | $ 2.105.600 |
| | | | | | | 8 | AGOSTO | $ 2.068.000 |
| | | | | | | 9 | SEPTIEMBRE | $ 2.030.400 |
| | | | | | | 10 | OCTUBRE | $ 2.030.400 |
| | | | | | | 11 | NOVIEMBRE | $ 2.180.800 |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2.425.200 | $ 11.204.800 | $ 11.054.400 | $ 150.400 |

## 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 | CONOCER Y DAR ESTRICTO CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y DE SALUD OCUPACIONAL | CONOCER Y DAR ESTRICTO CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y DE SALUD OCUPACIONAL | PRACTICA CLINICA |
| 2 | CONOCER APLICAR Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS GUIAS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES | CONOCER APLICAR Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS GUIAS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES | PRACTICA CLINICA |
| 3 | CONOCER Y CUMPLIR CON LA POLITICA DE GESTION AMBIENTAL | CONOCER Y CUMPLIR CON LA POLITICA DE GESTION AMBIENTAL | PRACTICA CLINICA |
| 4 | CONOCER Y CUMPLIR CON LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SUPERVISANDO EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HERAMIENTA PARA RIESGO DE CAIDA | CONOCER Y CUMPLIR CON LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SUPERVISANDO EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HERAMIENTA PARA RIESGO DE CAIDA | PRACTICA CLINICA |
| 5 | CONOCER Y CUMPLIR CON LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SUPERVISANDO EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HERAMIENTA PARA RIESGO DE CAIDA | CONOCER Y CUMPLIR CON LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SUPERVISANDO EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HERAMIENTA PARA RIESGO DE CAIDA | PRACTICA CLINICA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | OBSERVAR Y AVISAR AL MEDICO LOS CAMBIOS CLINICOS PRESENTSADOS POR LOS PACIENTES A SU CARGO | OBSERVAR Y AVISAR AL MEDICO LOS CAMBIOS CLINICOS PRESENTSADOS POR LOS PACIENTES A SU CARGO | PRACTICA CLINICA |
| 7 | PARTICIPAR DE FORMA ACTIVA EN LA REVISON MEDICA DIARIA Y MENSUAL DEL NEFROLOGO DANDO SUS APORTES SEGÚN EL CASO | PARTICIPAR DE FORMA ACTIVA EN LA REVISON MEDICA DIARIA Y MENSUAL DEL NEFROLOGO DANDO SUS APORTES SEGÚN EL CASO | PRACTICA CLINICA |
| 8 | SUPERVISAR LA SEGREGACION Y O CLASIFICACION DE LOS DESECHOS PELIGROSOS EN CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LA GESTION INTEGRAL | SUPERVISAR LA SEGREGACION Y O CLASIFICACION DE LOS DESECHOS PELIGROSOS EN CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LA GESTION INTEGRAL | PRACTICA CLINICA |
| 9 | ASISTIR Y COLABORAR CON EL EQUIPO MEDICO EN LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES CUANDO SEA REQUERIDO | ASISTIR Y COLABORAR CON EL EQUIPO MEDICO EN LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES CUANDO SEA REQUERIDO | PRACTICA CLINICA |
| 10 | HEPARINIZAR EQUIPO EXTRACORPOREO SEGÚN PROTOCOLO<br>REALIZAR CONEXIÓN Y DESCONEXION SEGÚN PROTOCOLO | HEPARINIZAR EQUIPO EXTRACORPOREO SEGÚN PROTOCOLO<br>REALIZAR CONEXIÓN Y DESCONEXION SEGÚN PROTOCOLO | PRACTICA CLINICA |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 2.030.400 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 10 | 2021 | 11 | 05 | 8353944456 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES TREINTA MIL CUATROCIENTOS 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 | COLFONDOS | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| SALUD | | COMPENSAR | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 22.100 | $ 22.200 |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 281.100 | $ 281.200 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 24056263747 |
|---|---|---|---|---|---|

EDITH AGUIAR OLIVERA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
28.917.385
CC. NO. CONTRATISTA

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

VIVIANA MILDRETH HERNANDEZ SUAREZ
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
ENFERMERA ESPECIALISTA

2021-02-12

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por: 216

**Señor(a):** EDITH AGUIAR OLIVERA
**No. Identificación:** CC28917385
**Dirección:** CARREA 27K # 71 I 45 SUR
**Telefono:** 3838301
**Correo:** edma917@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8353944456

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | EDITH AGUIAR OLIVERA |
| Tipo y número de identificación | CC28917385 |
| Número de planilla | 8353944456 |
| Fecha pago | 2021-11-05 |
| Número de autorización pago | 27326357 |
| Banco | 1023 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo de Cotización Salud | octubre de 2021 |
| Periodo de Cotización Pensión | octubre de 2021 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | 281200 |
| Total Intereses de Mora | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 22200 | 1 |
| 231001 | Colfondos | 145400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 113600 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 28917385
APELLIDOS Y NOMBRES: EDITH AGUIAR OLIVERA

| Cód. EPS | Cod. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 231001 | 908526 | 908526 | 908526 | 0 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 22200 | 0 |

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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | CERTIFICADO ARL CTO-6410-2021.pdf | CERTIFICADO ARL CTO-6410-2021.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 6410-2021J CUENTA JUNIO | EDITH JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 6410-201 CUENTA JULIO | edith_20210726191681.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 6410-2021 CUENTA AGOSTO | 6410.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 6410-2021 CUENTA SEPTIEMBRE | 6410-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | certificado RIT | certificado_28917385.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 6410-2021 CUENTA OCTUBRE | edith.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

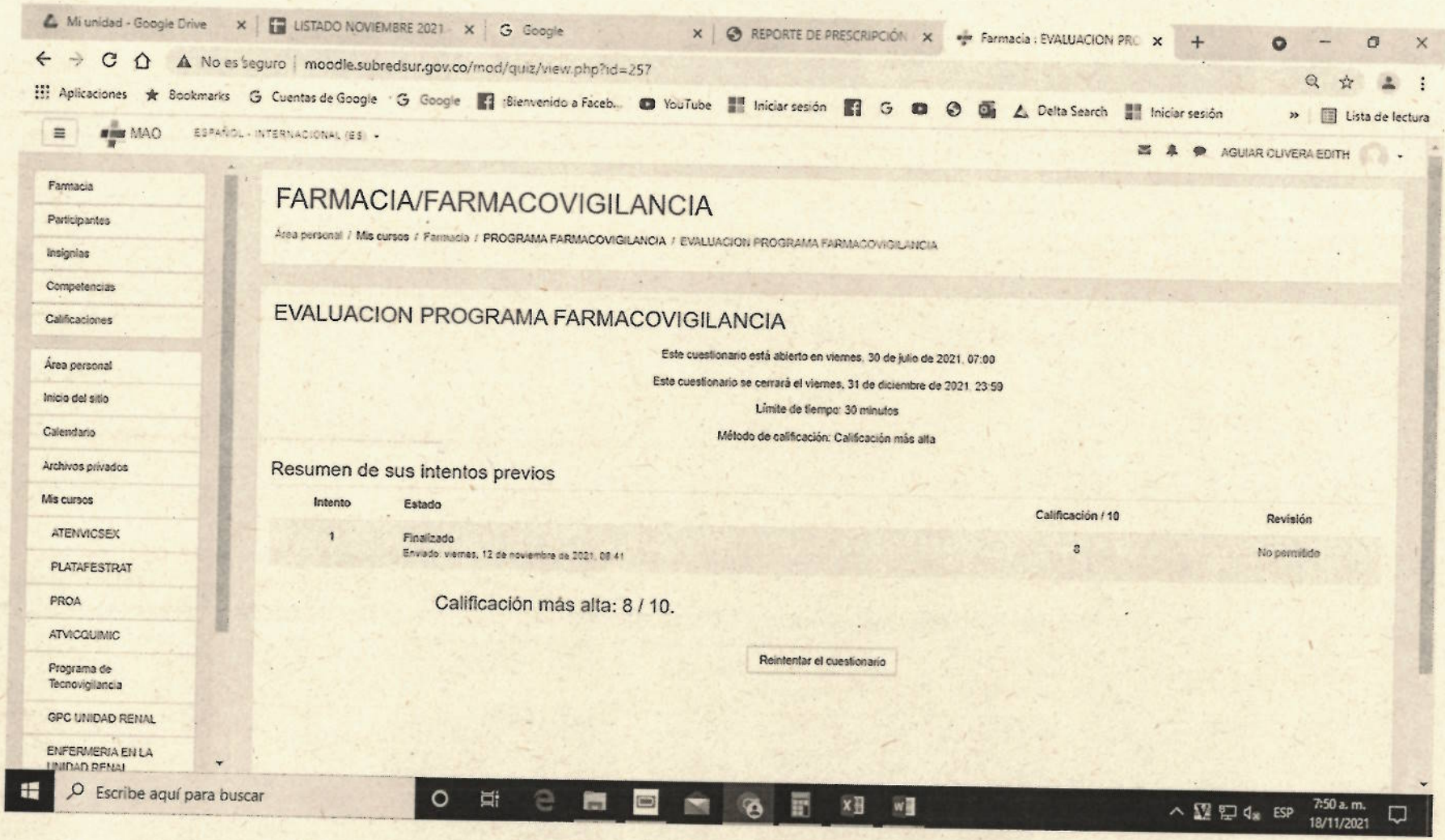
Borrar Cargar nuevo

Cancelar



© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.


Mi unidad - Google Drive
LISTADO NOVIEMBRE 2021
Google
REPORTE DE PRESCRIPCIÓN
Farmacia : EVALUACION PRC
No es seguro | moodle.subredsur.gov.co/mod/quiz/view.php?id=257
Aplicaciones
Bookmarks
Cuentas de Google
Google
¡Bienvenido a Faceb...
YouTube
Iniciar sesión
Delta Search
Iniciar sesión
Lista de lectura
MAO
ESPAÑOL - INTERNACIONAL (ES)
AGUIAR OLIVERA EDITH
Farmacia
Participantes
Insignias
Competencias
Calificaciones
Área personal
Inicio del sitio
Calendario
Archivos privados
Mis cursos
ATENVICSEX
PLATAFESTRAT
PROA
ATVICQUIMIC
Programa de Tecnovigilancia
GPC UNIDAD RENAL
ENFERMERIA EN LA UNIDAD RENAL
FARMACIA/FARMACOVIGILANCIA
Área personal / Mis cursos / Farmacia / PROGRAMA FARMACOVIGILANCIA / EVALUACION PROGRAMA FARMACOVIGILANCIA
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: viernes, 12 de noviembre de 2021, 08:41
8
No permitido
Calificación más alta: 8 / 10.
Reintentar el cuestionario
Escribe aquí para buscar
ESP
7:50 a. m.
18/11/2021