SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2021-11-01		Hasta:	2021-11-30		
Nombre del Contratista:	YAMID VARGAS ATEHORTUA			Cédula:	52.230.716		
Correo Electrónico:	yanidv76@hotmail.com			Teléfono(s):	3115846181		
Nombre del Supervisor - Planta	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA			Cargo:	ENFERMERA	Código-Grado:	243-20

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001597	Año Contrato	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE AMBULATORIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	ABRAHAM LINCOLN				

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							
		ABRAHAM LINCON	EDIS	186		$ 8.150	$ 1.515.900	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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:	$ 1.515.900	UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS						

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		2021-02-01				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	2021-04-30	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2	Febrero	$ 1.515.900
						3	Marzo	$ 1.515.900
						4	Abril	$ 1.515.900
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 3.031.800	960	5	Mayo	$ 1.515.900
						6	Junio	$ 1.515.900
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 1.515.900	1578	7	Julio	$ 1.515.900
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 3.031.800	2032	8	Agosto	$ 1.515.900
						9	Septiembre	$ 1.515.900
4	2021-11-01	2021-12-31	4	$ 3.031.800	2708	10	Octubre	$ 1.515.900
						11	Noviembre	$ 1.515.900
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.547.700	$ 15.159.000	$ 15.159.000	$ -

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 (higienista oral) acorde con la Lex Artis, según necesidad DE LA SUBREDSUR E.S.E , de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) , Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) Y demas normas concordantes.	Tiempo completo por prestacion de servicios .	Agendamiento Institucional
2	Realizar actividades de información , educacion , comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitario	Brindar información y educación al usuario sobre sus estado de salud, acorde con las gpc institucional	Registros clinicos dinamica gerencial
3	Registra en la historia clínica la informacion de la intervencion al paciente , plan de cuidados de salud oral , simultanea o inmediatamente despues de su realizacion con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Proteccion Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999,839/2017 norma que la modifique , sustituya	Hacer los registros clinicos pertineneles de la atención en salud en dinamica generencial	Registros clinicos dinamica gerencial
4	Apoyar la elaboracion , actualizacion de formatos, protocolos guias , procedimientos de salud oral y adherirse a los mismos , incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informados en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad	Cumplir Con Las Normas Y Procedimientos Tecnicos Y Administrativos De La Subred Integrada De Servicios De Salud E S E	Aportes para actualizacion de gpc, formatos institucionales
5	Apoyar en la identificacion , caracterizacion, inscripcion, manejo seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud	Direccionar a los usuanos a los diferentes servicios que requiera de acuerdo a sus necesidades de salud y a las RIAS	Registros clinicos dinamica gerencial
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Asistir al odontologo generaly / o especialista, preparando al paciente y asistiendolo en cada procedimiento	Programacion por parte del lider

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.515.900
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	10	2021	11	08	1040902405		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON QUINIENTOS QUINCEMIL NOVECIENTOS

ITEM		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		SANITAS		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	66948604672

YAMID VARGAS ATEHORTUA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.230.716
CC. NO. CONTRATISTA

LIZ AMANDA SIERRA PINEDA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
ENFERMERA

Escaneado con CamScanner

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-11-17, 07:20:30 AM **Tipo Planilla** I **Numero Planilla** 10405902405 **Referencia pago(PIN)** 99622358600

Periodo Cotización 202110 **Periodo Servicio** 202110

Cliente:

PAGADA 2021-11-08

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YAMID VARGAS ATEHORTUA				
Documento	CC 52230716	**Dirección**	CALLE 47 B N 28 - 71 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4636047		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52230716		**Residente**		**Extranjero**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					VARGAS ATEHORTUA YAMID	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades				**Pensión**						**Salud**						**Riesgos**						**Caja**				**Parafiscales**			

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Caja	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 18.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 299.400

Líneas de Servicio PagoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 9515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 58 58 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

Escaneado con CamScanner