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-ene.-22 | Hasta: | 31-ene.-22 | | | |
| Nombre del Contratista: | LIBIA HELENA BUITRAGO RODRIGUEZ | | Cédula: | 1023874684 | | | |
| Correo Electrónico: | libiabuitrago23@yahoo.es | | Teléfono(s): | 3118787410 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | | | Cargo: | | Codigo-Grado: | | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ | | Perfil | PROF.GEST.ADM.EN SALUD | No. CTO: | 2386-2021 | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | | Còdigo-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 002949 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 72 |
| PERFIL: | ENFERMERO JEFE | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION HOSPITALARIA | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | UMHES 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 | Ocultar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS - USS EL TUNAL | | TUNAL | J02TN | 186 | 60 | $ 17.400 | $ 4.280.400 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| 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: | $ 4.280.400 | CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 01/02/2021 | | | | 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 | $10.465.200 | 859 | 1 | | |
| 2 | 2021-07-01 | 2021-08-31 | 2 | $ 4.350.000 | 1585 | 2 | FEBRERO | $ 4.723.200 |
| 3 | 2021-09-01 | 2021-10-31 | 3 | $10.370.400 | 2164 | 3 | MARZO | $ 3.654.000 |
| 4 | 2021-11-01 | 2021-12-31 | 4 | $11.745.000 | 2262 | 4 | ABRIL | $ 3.132.000 |
| 5 | 2022_02_01 | 2022-01-31 | 5 | $ 52.200 | 94 | 5 | MAYO | $ 4.698.000 |
| | | | | | | 6 | JUNIO | $ 4.802.400 |
| | | | | | | 7 | JULIO | $ 5.220.000 |
| | | | | | | 8 | AGOSTO | $ 3.340.800 |
| | | | | | | 9 | SEPTIEMBRE | $ 3.132.000 |
| | | | | | | 10 | OCTUBRE | $ 3.236.400 |
| | | | | | | 11 | NOVIEMBRE | $ 3.758.400 |
| | | | | | | 12 | DICIEMBRE | $ 4.280.400 |
| | | | | | | 13 | ENERO | $ 4.280.400 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 11.484.000 | $ 48.466.800 | $ 48.258.000 | $ 208.800 |

## 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 acuerdo al perfil (Enfermera(o)) 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. | Recibo y entrega de turno, revision de la historia clinica, registro de las actividades de cada uno de los paciente asignados. | Registro en historia clinica |

| 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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. | Participar en la revista de los pacientes asignados | entrega y recibo de turno e historia clinica |
| 3 | Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), 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) | Recibo y entrega de turno, revision de la historia clinica, registro de las actividades de cada uno de los paciente asignados.informar los cambios y los examenes o procedimientos pendientes para dar continuidad al tratamiento del paciente | Sistema Dinamica |
| 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. | Realizar los respectivos diligenciamientos de los formatos de enfermeria, como consentimientos para la autorizacion de los procedimientos. | Consentimientos firmados, Formatos de la Institucion |
| 5 | Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla Institución. | verificar los correctos, previamente a la administracion de medicamentos, revisar previamente las órdenes medicas en el sistema | Tarjeta de medicamentos |
| 6 | Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud | Gestionar los traslados de los pacientes para que se realicen de forma oportuna y se continue el giro cama | Drive |
| 7 | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya | | |
| 8 | Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales | realizar el arqueo mensual y respectiva semaforizacion del carro de paro en el servicio asignado | Formato carro de paro |
| 9 | Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya | Verificar notas de enfermeria, seguimiento en procedimientos | Sabanas de enfermeria, Notas de enfermeria Sistema Dinamica |
| 10 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | verificar el conocimiento y la adherencia del personal de enfermería con los protocolos de la Institucion | Protocolos de la Subred |
| 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 12 | 2022 | 12 | 29 | 55693704 | | $ 4.280.400 |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA 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 | porvenir | $ 1.712.160 | $ 273.900 | $ 274.100 |
| SALUD | | compensar | | $ 214.000 | $ 263.900 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 41.700 | $ 41.800 |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 529.600 | $ 579.800 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DE BOGOTÁ | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 102600780 |
|---|---|---|---|---|---|

Libia Rojas

LIBIA HELENA RUITRAGO RODRIGUEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.023.874.684
CC. NO. CONTRATISTA

Alexandra Rodriguez G

ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROF.GEST.ADM.EN SALUD

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

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 | 1023874684 | Libia Helena Buitrago Rodriguez | Transversal 42 a N 59B-51 sur | 7164514 | LIBIABUITRAGO23@YAHOO.ES | |
| 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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 1 |
| 2021-12 | 2021-12 | I | 29/12/2021 | 55693704 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $579.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 214.200 | 49.700 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 263.900 | 2 |

| 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 | 274.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 274.100 | 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 | 830063790-5 | 41.800 | | | | 41.800 | 0 | 0 | 41.800 | | | 418 | 41.800 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| 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 | 263.900 | 263.900 |
| Pensión | 1 | 274.100 | 274.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 41.800 | 41.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 579.800 | 579.800 |

PAGADA

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