

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

Período a Certificar:	Desde:	2022-08-01	Hasta:	2022-08-31
Nombre del Contratista:	PAOLA ANDREA MARTINEZ OSPINA		Número de Documento:	52546719
Correo Electrónico:	pmartinezospina@gmail.com		Número Telefónico:	3184389151
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3781-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	467
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS DANUBIO AZUL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
N04UL	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS DANUBIO AZUL	186	0	8395	\$1561470	93.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1561470	UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-12-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 1561470	
2	MARZO	\$ 1561470	
3	ABRIL	\$ 1561470	
4	MAYO	\$ 1561470	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
6	JULIO	\$ 1561470	
5	JUNIO	\$ 1561470	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 38230830	\$ 38230830	\$ 9368820	\$ 28862010
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	<p>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</p>	<p>-Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E</p>	-Formatos
2	<p>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</p>	<p>Realiza actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria</p>	- Información
3	<p>Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización</p> <p>Realizar en la historia clínica la información de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización</p>		-Dinámica y seguimientos
4	<p>Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento de los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad</p>	<p>Apoya 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</p>	-Formatos
5	<p>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.</p>	<p>-Apoya 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.</p>	- Apoyar

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Formatos y sistema

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago		Número de Planilla		Valor de Honorarios Certificandos el Mes Anterior			
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9438624152	Valor de Honorarios Certificandos el Mes Anterior			
2022	JULIO	2022	08	11		\$ 1561470			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras						UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTAPESOS			
Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social		Ingreso Base de Cotización		Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado	
Pensionado		NO		PORVENIR		\$ 160000		\$ 160000	
Salud				SALUD TOTAL		\$ 125000		\$ 125000	
ARL		3		SURA		\$ 24360		\$ 24400	
Caja de Compensación		NO				Total		\$ 290220	
								\$ 309400	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria		BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta		AHORROS		Número de Cuenta	
								4870449263	

Paola Andrea Martinez Ospina
PAOLA ANDREA MARTINEZ OSPINA
52546719

Vgo. M. M. M. M.
GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS



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

Buscar...

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
☐ 1616 ENERO.pdf (Archivado)	1616 ENERO.pdf	Proveedor Detalle
☐ Febrero 3781-2022.pdf	Febrero 3781-2022.pdf	Proveedor Detalle
☐ Marzo_3781-2022.pdf	Marzo_3781-2022.pdf	Proveedor Detalle
☐ ABRIL_3781-2022.pdf	ABRIL_3781-2022.pdf	Proveedor Detalle
☐ MAYO 3781-2022.pdf	MAYO 3781-2022.pdf	Proveedor Detalle
☐ JUNIO_3781-2022.pdf	JUNIO_3781-2022.pdf	Proveedor Detalle
☐ JULIO_3781-2022.pdf	JULIO_3781-2022.pdf	Proveedor Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© 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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52546719		MARTINEZ OSPINA PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crr 44B70A-22 Sur	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	4576786	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión		Planilla	Limite	Pago	Dias Mora
2022-07	1597727517	9438624152	2022/08/04	2022/08/11	7

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte															
Sistema de Pensión (1 Afiliados)																							\$0														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,000,000	\$125,000	\$0	\$1,000,000	\$24,400	\$0	\$1,000,000	\$24,400	\$0						
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							\$1,000,000	\$160,000		\$1,000,000	\$125,000	\$0	\$1,000,000	\$125,000	\$0	\$1,000,000	\$24,400	\$0	\$1,000,000	\$24,400	\$0
1	CC 52546719	MARTINEZ PAOLA	220301	30	\$1,000,000	\$160,000	EP5002	30	\$1,000,000	\$125,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,000,000	\$24,400	0		\$0	\$0															
Total Afiliados(1)						\$1,000,000			\$1,000,000	\$125,000			\$0	\$0			\$1,000,000	\$24,400			\$0	\$0															

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal/Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52546719		MARTINEZ OSSINA PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cir 44870A-22 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4576786	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		Valor
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora
2022-07	2022-07	159772517	9438624152	1	2022/08/04	2022/08/11	BANCO DAVIVIENDA	7
								\$311,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$160,000	\$1,000	\$0	\$161,000
POREVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$160,000	\$1,000	\$0	\$161,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$24,400	\$200	\$0	\$24,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$24,400	\$200	\$0	\$24,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$125,000	\$800	\$0	\$125,800
SAUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$125,000	\$800	\$0	\$125,800
TOTAL				1	\$309,400	\$2,000	\$0	\$311,400