

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nº CONTRATO - OPS:	PS 1546 2019	C.D.P. Nº:	41	Proceso al que pertenece:	PROGRAMA ATENCIÓN PRIMARIA
Nombre del Contratista:	LUZ MARY ORALIN CARVAJAL			Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA
Fecha Inicio:	2020-01-20	Fecha Terminación local:	2020-02-19	C.C.	32 063 219
				de:	DECRETA
				Valor Mensual:	\$ 1.835.190
				Valor a cobrar:	\$ 2.437.430

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 5.627.916	413	2020-02-20	2020-05-23
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MONEDA DE CORRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	\$ 711.514	\$ 258.560	001723.2
2	FEBRERO	\$ 1.835.190	\$ 272.560	001723.2
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 1.835.190	\$ 7.463.106	\$ 2.586.744	\$ 4.876.362

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN EL CONVENIO FIDESCD No 0849 - 2019, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-02-01 Hasta: 2020-02-29

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Si no está incluida en la actividad)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Observaciones:
No Planilla: 00641326
Horas Certificadas: 710

La firma certificadora de pagos a sueldo personal y AFI.
La copia de este contrato se debe anexar a la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro.

C.C. 32 063 219
Firma del Contratista: [Firma]
Firma del Contratista: [Firma]

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ MARINA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 107 GRADO 10
FIRMA:	[Firma]

ACTIVIDADES Y PRODUCTIVIDAD
Fecha: 1 al 29 de Febrero 2020

N°	ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO %
1	Atender y orientar a la persona en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud.	100%
2	Controlar las infecciones en los usuarios y su entorno de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias.	100%
3	Apoyar la definición del diagnóstico individual de acuerdo con guías de manejo y tecnología requerida.	100%
4	Asistir a las personas en las actividades de la vida diaria según las condiciones del usuario siguiendo guías y protocolos vigentes.	100%
5	Participar en el cuidado a las personas para el mantenimiento y recuperación de las funciones de los diferentes sistemas por grupo etéreo en relación con los propósitos técnicos, científicos y éticos vigentes.	100%
6	Administrar medicamentos según delegación y de acuerdo con técnicas establecidas en relación con los procedimientos, guías y protocolos de la Subred Centro oriente y normas vigentes.	100%
7	brindar atención integral a la familia en relación al ciclo de vital de acuerdo con el contexto social, político, cultural y ético.	100%
8	Generar actitudes y prácticas saludables en los ambientes de trabajo.	100%
9	Solicitar traslado a la persona en situación de riesgo de salud a urgencias según nivel de atención requerida.	100%
10	Informar cambios y novedades al equipo multidisciplinario.	100%
11	Cumplir con los horarios e administración de tratamientos y procedimientos.	100%
12	Realizar registros en las historias clínicas.	100%
13	Tomar signos vitales y dejar registro.	100%
14	Realizar lavado de manos de acuerdo con técnica multimodal.	100%
15	Garantizar privacidad e intimidad a la persona a quien le realiza la atención.	100%
16	Realizar traslado de los pacientes al domicilio bajo normas de bioseguridad.	100%
17	Realizar las actividades para el desarrollo de estrategias de Atención Domiciliaria - Hospitalización domiciliaria, en el marco del convenio FFDS-CD No 0849 - 2019.	100%
TOTAL		100%

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA CONTRATISTA

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO			
CC	80082404	ELIZ MARY GARCILLO CANJALIM	CARHUA RAL # 631-47 CASA 20	322223434	huzmwey1210@gmail.com			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO			
UNICA	1 - Indeterminado			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ABORTADA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLAOS	UPE
2020-01	2020-01	1	13/02/2020	20641334	1	0
					TOTAL A PAGAR	1272.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Contracción Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Contracción	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS 0005	Sociedad LPS	RN2351440-6	100-000	0		0		0		2	0	110.000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION													
Código AFP	Nombre	NIT		Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte ESP - Solidaridad	Aporte ESP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	Nº Afiliado
23037	Pepepar		800024non-n	140.000	0	0	0	0	2	300	0	140.000	1

TOTALES NITEGOS LABORALES

TOTALES NIÑEROS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicados Sello a Favor	Valor Sello a Favor	Total a Pagar	No. Atribución
				No. Autorización	Valor									
14-23	Presbitero Rangelina	660011753-0	21,400				21,400	2	100	21,500			21,500	1

TOTALES CAJAS						
Código CCE	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
						No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Dias Mens	Valor Mens Aporte	Total a Pagar		
RENA					
0	0	0	0	0	0
RCWF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGA, IGA, IFE y MSA	Total a Pagar
Salud	1	108,800	110,000
EDUCACIÓN	1	143,800	144,000
Empresas (Empresarios)	1	21,000	21,000
CEP	0	0	0
ESAP	0	0	0
IEF	0	0	0
MIN	0	0	0
FINA	0	0	0
TOTAL	3	273,600	275,000