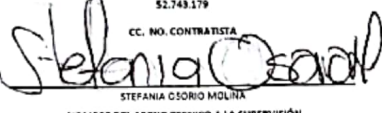


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E													
INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			CO-OPS-FT-11 V6												
DATOS DEL INFORME															
Periodo a Certificar:	Desde:	01-feb-21	Hasta:	28-feb-21											
Nombre del Contratista:	rosa alexandra perez romero		Cédula:	52743179											
Correo Electrónico:	aleja_45@hotmail.com		Teléfono(s):	3203092413											
Nombre del Supervisor - Planta:	YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO		Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO											
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil:	No. CTO:											
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:	STEFANIA OSORIO MOLINA		Cargo:	ENFERMERA											
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:			Perfil:	No. CTO:											
DATOS DEL CONTRATO															
NO CONTRATO:	001189	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL:											
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA														
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS														
UNIDAD DE SERVICIOS:	USS VISTA HERMOSA														
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	Ocultar														
CONSULTA URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA	VISTA HERMOSA	B01VB	62		\$ 9.400	\$ 582.800	35,63%								
URG OBSERVACION - USS VISTA HERMOSA	VISTA HERMOSA	B02VB	56		\$ 9.400	\$ 526.400	32,18%								
PROCEDIMIENTOS URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA	VISTA HERMOSA	B03VB	56		\$ 9.400	\$ 526.400	32,18%								
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar														
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 (ASISTENTE/CIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar														
GESTION DEL RIESGO	Mostrar														
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar														
HONORARIOS	Mostrar														
REMUNERACION	Mostrar														
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1.635.600	UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS													
EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO															
FECHA INICIO CONTRATO						FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL									
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO								
						1									
						2	Febrero								
						3									
						4									
						5									
						6									
						7									
						8									
						9									
						10									
						11									
						12									
						13									
<table border="1"> <tr> <td>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</td> <td>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</td> <td>PAGOS REALIZADOS</td> <td>SALDO DEL CONTRATO</td> </tr> <tr> <td>\$ 6.768.000</td> <td>\$ 6.768.000</td> <td>\$ 1.635.600</td> <td>\$ 5.132.400</td> </tr> </table>								VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO	\$ 6.768.000	\$ 6.768.000	\$ 1.635.600	\$ 5.132.400
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO												
\$ 6.768.000	\$ 6.768.000	\$ 1.635.600	\$ 5.132.400												
EJECUCION DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO															
OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)			ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION			PRODUCTO O EVIDENCIA									
1	Realizar actividades como Auxiliar de enfermería de manera personal y con plena autonomía de acuerdo a las guías y protocolos de atención del Hospital.		Cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado según orientación del enfermero del servicio			Historias clínicas de los pacientes atendidos dentro de los turnos programados									
2	Conocer y aplicar las Guías de Atención, Protocolos, Manuales y Procedimientos Institucionales, en especial los relacionados con el cumplimiento de su objeto contractual		Aplicación de los protocolos, guías y manuales institucionales en el desarrollo de las actividades de cuidado a los pacientes atendidos			Historias clínicas y listas de chequeo de infecciones									
3	Conocer y aplicar la Política de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud.		Ejecutar tratamientos, inyecciones, vena punciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos establecidos.			Lista de chequeo de infecciones, sondas y cateteres									
4	Diligenciar las Historias Clínicas describiendo en forma cronológica y ordenada todos los hechos pertinentes a estado de salud del usuario y los demás documentos que en cumplimiento de las normas de seguridad social en salud se deban diligenciar		Registro claro, corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como auxiliar de enfermería.			Historias de los usuarios atendidos									
5	Entregar y recibir turno de acuerdo a las guías y protocolos de atención de enfermería establecidas para la Institución		Realización de la entrega y recibo de turno según programación, cumpliendo protocolo institucional			Supervisión del jefe del servicio									
6	Registrar en Historia Clínica de forma cronológica, clara y veraz los signos vitales, el control de líquidos de acuerdo al plan de cuidado y demás actividades que desarrolle dentro de su actuar como enfermera auxiliar		Realización de las actividades de cuidado y control de signos vitales, control de líquidos y ordenes de enfermería.			Registros en historia clínica									
INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL															

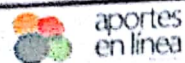
 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Secretaría de Planeación y Desarrollo Urbano</small>					SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E				
					INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CO-OPS-FT-11 V8		
PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA		VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR		
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	9414750851		\$ 1.831.200		
2021	1	2021	02	17					
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS					UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS				
ITEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL			INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES		VALOR APORTADO <small>(Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV</small>	
PENSIONADO		NO			\$ 908.526	\$ 145.400		\$ 145.400	
SALUD		COLPENSACIONES				\$ 113.600		\$ 113.600	
ARL		FAMISANAR				\$ 4.700		\$ 22.200	
CAJA DE COMPENSACION		SURA				\$ 263.700		\$ 281.200	
		NO							
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO									
ENTIDAD BANCARIA:		BANCO DAVIVIENDA S.A.		TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA		8000760555	
 <small>rosa alejandra perez romero</small> NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 52.749.179 <small>CC. NO. CONTRATISTA</small>  <small>STEFANIA OSORIO MOLINA</small> NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN ENFERMERA					 YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO NOMBRE DEL SUPERVISOR PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE LA SALUD				
2021-02-12									

128099113637483958284233457.pdf

Descargar

Imprimir

Guardar en OneDrive



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad Departamento	Teléfono
U.C. 52761179		PEREZ ROMERO ROSA ALEJANDRA	DEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1965DA-29 SUR	BOGOTA BOGOTA D.E.	60467564
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION							
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Límite	Pago		
2021-01	2021-01	9210197145589996	9414750051	I	2021/02/17	2021/02/09	BANCO DE OCCIDENTE
						0	\$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES															
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código
Afectados (1 Afectados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	
1	CC 52761179	PEREZ ROSA	25-14	30	\$908,526	\$145,400	EP5017	30	\$908,526	\$113,600	0		\$0	\$0	14-11 30
Total Afiliados (1)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0	