

	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							
Período a Certificar:	Ocaso:	01-mar.-21	Hasta:	31-mar.-21			
Nombre del Contratista:	FLOR VANETH BELTRAN BUITRAGO		Cédula:	62779807			
Correo Electrónico:	FLOWER12291@HOTMAIL.COM		Teléfono(s):	3214149740			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:				
Nombre del Supervisor - Contratista:	EDILMA GALINDO CASTILLO		Perfil:	PROFESIONAL GESTION ADMI	No. CTO:	1042-2021	
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:			Cargo:				
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:			Perfil:				

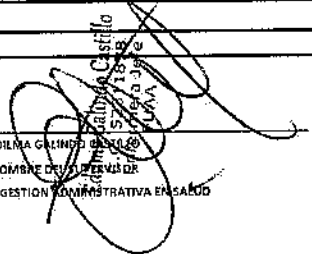
DATOS DEL CONTRATO					
NO CONTRATO:	001139	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	72
PERFIL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION SERVICIO DE URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS:	USS MEISEN				

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							
URG OBSERVACION - USS MEISEN	MEISEN	002ME	240	48	\$ 9.400	\$ 2.707.200	100,00%	
						\$ -	0,00%	
						\$ -	0,00%	
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 (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2.707.200	DOS MILLONES SETECIENTOS SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS						

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO								
FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		
						30/04/2021		
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	\$ 2.368.800
						3	Marzo	\$ 2.707.200
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 7.614.000	\$ 7.614.000	\$ 5.076.000	\$ 2.538.000

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) acorde con la LoxArtis, 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 , revisión de historia clínica electrónica, registro de actividades de cada uno de lo pacientes asignados	Historia Clínica
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	Realizar planes de cuidado con el profesional de enfermería para cada uno de los pacientes segun su patologia y registrarlo en tiempo real en la historia clínica	Historia Clínica

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>MUNICIPIO DE BOGOTÁ</small>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E				
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CO-OPS-FT-11 V6		
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, 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), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente	Realizar planes de cuidado con el profesional de enfermería para cada uno de los pacientes según su patología y registrarlo en tiempo real en la historia clínica, revisión de historia clínica electrónica, registro en tiempo real de las actividades de cada uno de los pacientes asignados.		Historia Clínica		
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	Verificar consentimientos establecidos, diligenciado y debidamente firmados por los pacientes según corresponda para cada paciente		Historia Clínica		
5	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.	Dar información clara al paciente y a su familiar con respecto a la adecuada toma de medicamentos según formulación por el médico tratante, dar recomendaciones según corresponda en cada caso promoviendo el autocuidado		Historia Clínica		
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Asistencia en autocuidado, alimentación, eliminación y todas las actividades e apoyo de acuerdo a la condición clínica del paciente.		Historia Clínica		
7						
8						
9						
10						
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	2	2021	03	09	45211173	2.368.800
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS		DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS				
ITEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV.	
PENSIONADO	NO	PORVENIR	\$ 947.520	\$ 151.600	\$ 151.700	
SALUD		SALUD TOTAL		\$ 118.400	\$ 118.500	
ARL	3	SURA		\$ 23.100	\$ 23.100	
CAJA DE COMPENSACION	NO			\$ 293.100	\$ 293.300	
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO						
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTÁ		TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	
					390179408	
 FLÓR YANETH BELTRÁN BUITRAGO NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 52.779.807 CC. NO. CONTRATISTA			 EDILMA GALINDO BERNAL NOMBRE DEL SUPERVISOR PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD			
0 NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN 0						

2021-02-12

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52779807	FLOR YANETH BELTRAN BUITRAGO	Nº70 # 59 c 25 sur	7914542	flower1234@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DÉPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO					
UNICA	1- Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
2021-02	2021-02	I	09/03/2021	49211173	1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
					\$312.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
EPS002	Salud Total EPS	800130507-4	118.500	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	0
					0	0	0	0	0
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte ESP - Solidaridad	Aporte ESP - Subsistencia	Días Mora
230301	Pensioner	800224808-8	151.700	0	0	0	0	0	0
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor ESP - Solidaridad	Valor ESP - Subsistencia
14-11	ARL SURA	890903790-5	23.100	No. Autorización	Valor	23.100	0	0	0
									1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Aporte	Valor Aporte	Valor Aporte	Valor Aporte	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007338-1	19.000	0	0	0	0	0	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	118.500	118.500	118.500
Pensión	1	151.700	151.700	151.700
Riesgos Laborales	1	23.100	23.100	23.100
CCF	1	19.000	19.000	19.000
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	4	312.300	312.300	312.300

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	52779807	FLOR YANETH BELTRAN BUITRAGO	Nº 70 # 59 c 25 sur	7914542
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)	NÚMERO PLANILLA
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES			
2021-02	2021-02	1	09/03/2021	49211173
TOTAL A PAGAR				\$312.300

DETALLE POR COTIZANTE																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION					SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF			
1	CC	52779807	BELTRAN BUITRAGO FLOR YANETH																																		