

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <p>ALCALDIA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</p> | <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</p> <p>INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</p> <p>CO-OPS-FT-11 V6</p> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| DATOS DEL INFORME                             |                                |           |        |              |                        |  |               |           |  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|-----------|--------|--------------|------------------------|--|---------------|-----------|--|
| Periodo a Certificar:                         | Desde:                         | 01-nov-21 | Hasta: | 30-nov-21    |                        |  |               |           |  |
| Nombre del Contratista:                       | DEINA MARITZA MOJICA HERNANDEZ |           |        | Cédula:      | 52961595               |  |               |           |  |
| Correo Electrónico:                           | deinamoji@gmail.com            |           |        | Teléfono(s): | 3112581706             |  |               |           |  |
| Nombre del Supervisor - Planta:               |                                |           |        | Cargo:       |                        |  | Código-Grado: |           |  |
| Nombre del Supervisor - Contratista:          | ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ  |           |        | Perfil:      | PROF.GEST.ADM EN SALUD |  | No. CTO:      | 2386-2021 |  |
| Apoyo técnico a la supervisión - Planta:      |                                |           |        | Cargo:       |                        |  | Código-Grado: |           |  |
| Apoyo técnico a la supervisión - Contratista: |                                |           |        | Perfil:      |                        |  | No. CTO:      |           |  |

| DATOS DEL CONTRATO            |                        |               |      |                           |    |
|-------------------------------|------------------------|---------------|------|---------------------------|----|
| NO CONTRATO:                  | 002131                 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 72 |
| PERFIL:                       | AUXILIAR DE ENFERMERIA |               |      |                           |    |
| 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                                                          |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| DIRECCION DE URGENCIAS                                                             |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS                                                         |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| UCI PEDIATRICA                                                                     |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| UCI NEONATAL                                                                       |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| UCI ADULTOS                                                                        |  | <a href="#">Ocultar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| UCI ADULTOS - USS EL TUNAL                                                         |  | TUNAL                   | J02TN                                                     | 168                 |                        | \$ 9.400   | \$ 1.579.200 | 100,00%                         |  |
|                                                                                    |  |                         |                                                           |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |  |
|                                                                                    |  |                         |                                                           |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |  |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS                                                          |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| CONVENIO APH                                                                       |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| SIRC                                                                               |  |                         |                                                           |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |  |
| RURALIDAD                                                                          |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| GESTION DEL RIESGO                                                                 |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| SALUD PUBLICA PIC                                                                  |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| HONORARIOS                                                                         |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| REMUNERACION                                                                       |  | <a href="#">Mostrar</a> |                                                           |                     |                        |            |              |                                 |  |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                       |  | \$ 1.579.200            | UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS 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 SEGUN MES CERTIFICADO    | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |           |
| 1                                   | 2021-07-01   | 2021-08-31        | 1           | \$ 1.692.000  | 1585 | 1                                  |                     |               |           |
| 2                                   | 2021-09-01   | 2021-10-31        | 2           | \$ 1.635.600  | 2164 | 2                                  | Febrero             | \$            | 564.000   |
| 3                                   | 2021-11-01   | 2021-12-31        | 3           | \$ 4.060.800  | 2262 | 3                                  | Marzo               | \$            | 1.692.000 |
| 4                                   | 2022-01-01   | 2022-01-31        | 4           | \$ 2.707.200  | 3236 | 4                                  | Abril               | \$            | 1.692.000 |
|                                     |              |                   |             |               |      | 5                                  | Mayo                | \$            | 1.804.800 |
|                                     |              |                   |             |               |      | 6                                  | Junio               | \$            | 1.692.000 |
|                                     |              |                   |             |               |      | 7                                  | Julio               | \$            | 1.579.200 |
|                                     |              |                   |             |               |      | 8                                  | Agosto              | \$            | 1.804.800 |
|                                     |              |                   |             |               |      | 9                                  | Septiembre          | \$            | 1.692.000 |
|                                     |              |                   |             |               |      | 10                                 | Octubre             | \$            | 1.692.000 |
|                                     |              |                   |             |               |      | 11                                 | Noviembre           | \$            | 1.579.200 |
|                                     |              |                   |             |               |      | 12                                 |                     |               |           |
|                                     |              |                   |             |               |      | 13                                 |                     |               |           |

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 7.614.000               | \$ 17.709.600            | \$ 15.792.000    | \$ 1.917.600       |

| 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 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, revisión de la historia clínica electrónica, registro de actividades de cada uno de los paciente asignados    |  |  | Registro en la 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  | Participar en la educación del paciente y cuidador sobre hábitos de la vida saludable reforzando las recomendaciones de la parte médica. |  |  | Sistema Dinamica                            |  |
| 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 |  |  |  | Diligenciar de manera clara y oportuna, los cuidados de enfermería para cada paciente de acuerdo a su patología y manejo clínico.        |  |  | Historia Clínica, recibo y entrega de turno |  |



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

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                        |                    |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 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.                                                 | Asistir a inducción y reinducción establecida por la SUB RED SUR o entidades autorizadas por esta misma.               | Informe de Gestión |
| 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. | Participar en la educación del paciente y la familia sobre el ámbito de vida saludable y su autocuidado.               | Historia Clínica   |
| 6  | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales                                                                                                                                                                                                                      | Asistencia al Profesional para la realización de actividades propias del servicio y la condición clínica del paciente. | Sistema Dinámica   |
| 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 | \$ | 1.692.000 |
|-------------------------------|-----|---------------|-----|-----|--------------------|--------------------------------------------|----|-----------|
| AÑO                           | MES | AÑO           | MES | DÍA |                    |                                            |    |           |
| 2021                          | 10  | 2021          | 11  | 11  | 54625942           |                                            |    |           |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS

UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS

| ÍTEM                 | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO<br>(Sobre el 40% de los Ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|----------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| PENSIONADO           | NO                                    |                            | \$ 145.400                  | \$ 145.400                                                                                 |
| SALUD                |                                       |                            | \$ 113.600                  | \$ 113.600                                                                                 |
| ARL                  | 3                                     | \$ 908.526                 | \$ 22.100                   | \$ 22.200                                                                                  |
| CAJA DE COMPENSACION | NO                                    |                            | \$ 281.100                  | \$ 281.200                                                                                 |

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

|                   |                       |              |         |             |            |
|-------------------|-----------------------|--------------|---------|-------------|------------|
| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA: | AHORROS | NRO CUENTA: | 4870465756 |
|-------------------|-----------------------|--------------|---------|-------------|------------|

*Deina Maritza Mojica*  
DEINA MARITZA MOJICA HERNANDEZ

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA  
52.961.595

CC. NO. CONTRATISTA

*Alexandra Rodríguez*  
ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ

NOMBRE DEL SUPERVISOR  
PROF.GEST.ADM 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<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 516015E            | CENIA MARGOTZA NOJICA<br>HERNANDEZ |        | CL 59 D SUR NO 87A<br>26 | 3112521706         | duina@guilacoe@elcable.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL                 | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                            |                                           |
| UNICA                 | 1-1708267-25-16    |                                    |        | BOLÍVIA D.C              | SUCOTA D.C         |                            | Nº                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          | CANTIDAD        |          |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/SEMANA) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAS/SEMANA) | NUMERO PLANILLA | UNCS     |
| PLANIO SALUD         | PLANIO ALERGIAS                   |               |                          |                 | 3        |
| 2021-10              | 2021-10                           | 1             | 11/11/2021               | 544159-2        | 5281.200 |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |          |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |                 |           |                        |               |                 |       |                     |       |           |            |                   |               |              |
|---------------|-----------------|-----------|------------------------|---------------|-----------------|-------|---------------------|-------|-----------|------------|-------------------|---------------|--------------|
| Código EPS    | Nombre          | MTC       | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades   |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No Afiliados |
|               |                 |           |                        |               | No Autorización | Valor | No Autorización     | Valor |           | Cotización |                   |               |              |
| EPS-UNA       | Corporación EPS | 800069427 | 113.000                | 0             |                 | 0     |                     | 0     | 0         | 0          | 0                 | 113.000       | 1            |

## TOTALLED PENSION

| TOTAL PENSION |             |            |                         |                               |                               |                             |                              |           |                          |                   |                          |                  |
|---------------|-------------|------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------|
| Código AFP    | Número      | NIT        | Cotización<br>Categoría | Aporte Voluntario<br>Afiliado | Aporte Voluntario<br>Aprendiz | Aporte FFP -<br>Solidaridad | Aporte FFP -<br>Subsistencia | Días Hero | Valor Mera<br>Cotización | Valor Mera<br>FSP | Total Pagar<br>Afiliados | No.<br>Afiliados |
| 25-14         | Cooperativa | B0000000-7 | 145.405                 | 0                             | 0                             | 0                           | 0                            | 0         | 0                        |                   | 145.405                  | 1                |

## TOTALS RIESGOS LABORALES

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                      |                 |       |                        |                     |           |                     |                   |                              |                     |                   |               |              |
|---------------------------|----------|-------------|----------------------|-----------------|-------|------------------------|---------------------|-----------|---------------------|-------------------|------------------------------|---------------------|-------------------|---------------|--------------|
| Código ARL                | Nombre   | MIT         | Colación Obligatoria | Incapacidades   |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Meta Colación | Días Mora | Valor Meta Colación | Subtotal Colación | No Ratificados Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No Afiliados |
|                           |          |             |                      | No Autorización | Valor |                        |                     |           |                     |                   |                              |                     |                   |               |              |
| 14-11                     | ARL SURA | 000500700-6 | 23.200               |                 |       |                        | 23.200              | 0         | 0                   | 23.200            |                              |                     | 232               | 23.200        | 1            |

**TOTALES CAJAS**

| TOTALES CALAS |        |     |              |            |                   |               |
|---------------|--------|-----|--------------|------------|-------------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Quota Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |
|               |        |     |              |            |                   |               |

**TOTALES PARAFISCALES**

| TOTALES PARCOURSALES |          |                   |              |              |
|----------------------|----------|-------------------|--------------|--------------|
| Visor Aperte         | Dias Mon | Visor Hora Aperte | Total a Page | No Atividade |
| SENA                 |          |                   |              |              |
| 3                    | 0        | 0                 | 0            | 0            |
| ICBP                 |          |                   |              |              |
| 0                    | 0        | 0                 | 0            | 0            |
| ESAP                 |          |                   |              |              |
|                      |          |                   |              |              |
| MEN                  |          |                   |              |              |
|                      |          |                   |              |              |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                               |                                     |               |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Repetidas | Valor antes de IGE, LMA, IRR y MORA | Total a Pagar |
| SAUD                   | 1                             | 113.600                             | 113.200       |
| PERUOR                 | 1                             | 145.400                             | 145.400       |
| Regios. locales        | 1                             | 22.200                              | 22.200        |
| CCF                    | 0                             | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                             | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                             | 0                                   | 0             |
| VENA                   | 0                             | 0                                   | 0             |
| SEHA                   | 0                             | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                             | 281.200                             | 281.200       |

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