ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓ-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-jul-21		Hasta:	31-jul-21		
Nombre del Contratista:	Delfa maritza Mojica Hernandez			Cédula:	52961595		
Correo Electrónico:	delfamoji@gmail.com			Teléfono(s):	3112581706		
Nombre del Supervisor - Planta:				Cargo:		Codigo-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ			Perfil:	PROFGESTADM EN SALUD	No. CTO:	2386-2021
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:				Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo técnico a la supervision - 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	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Ocultar							
UCI ADULTOS - USS EL TUNAL		TUNAL	J02TN	168		$ 9.400	$ 1.579.200	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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:	$ 1.692.000	#NAME?						

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 SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1		2021-06-30				1		
2	2021-07-01	31/8/21	1	$ 1.692.000	1585	2	Febrero	$ 564.000
						3	Marzo	$ 1.692.000
						4	Abril	$ 1.692.000
						5	Mayo	$ 1.804.800
						6	Junio	$ 1.692.000
						7	Julio	$ 1.579.200
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.614.000	$ 9.306.000	$ 9.024.000	$ 282.000

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS [Las estipuladas en la minuta]						ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de cuida						Realizar cuidado a los pacientes que se le asignen, cumplir con los procesos y prot	Notas de enferm a, auditorias concurrentes.
2	Realizar actividades de						Ejecutar los cuidados del paciente definidos en los planes de cuidado, cubrir con l	Entrega y recibo de turno e historia clinica

3	Registrar en la historia clínica la información de la						Diligenciar las notas de enfermería siguiendo las recomendaciones de la normativ	ería, auditorías concurrentes, formatos establecidos po	
4	Apoyar la elabora ción						Asistir los procedimientos que sean requeridos por enfermería profesional y medi		Notas de enfermería.
5	Apoyar el proceso de alta tempra						Brindar información a los usuarios relacionados con la promocion, estilos habitos		Notas de historia clínica.
6	Otras activida						Responsabilizarse por los elementos, equipos, insumos que se le entregan para el		Inventario asignado y auditorias concurrentes.
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.692.000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	6	2021	07	15	5189350		
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS					INAMET		

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	COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO	NO		$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	450770038872

Delna maritza Mojica Hernandez
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.961.595
CC. NO. CONTRATISTA

ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROF.GEST.ADM EN SALUD

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

2021-02-12

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52961595	DEINA MARITZA MOJICA HERNANDEZ		CL 56 B SUR NO 87 A 26	3112581706	deinamajicacaher@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D C	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-06	2021-06	I	15/07/2021	51898350	TOTAL A PAGAR	
					$281.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

PAGADA

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