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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-may-21	Hasta:	31-may-21			
Nombre del Contratista:	Deina maritza Mojica Hernandez		Cédula:	52961595			
Correo Electrónico:	deinamoji@gmail.com		Teléfono(s):	3112581706			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ		Perfil	PROF.GEST.ADM EN SALUD	No. CTO:	2386-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico 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	192		$ 9.400	$ 1.804.800	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:	$ 1.804.000	#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	2021-05-01	20201-06-30				1		
						2	Febrero	$ 564.000
						3	Marzo	$ 1.692.000
						4	Abril	$ 1.692.000
						5	Mayo	$ 1.804.000
						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	$ 5.752.000	$ 1.862.000

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 perfil						Realizar cuidado a los pacientes que se le asignen, cumplir con los procesos y proc	Notas de enfermeria, 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

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

DATOS DEL INFORME

3	Registrar en la historia clinica la informacion de la						Diligenciar las notas de enfermeria siguiendo las recomendaciones de la normativ	meria, auditorias concurrentes, formatos establecidos po
4	Apoyar la elaboracion						Asistir los procedimientos que sean requeridos por enfermeria profesional y medi	Notas de enfermeria.
5	Apoyar el proceso de alta tempra						Brindar informacion a los usuarios relacionados con la promocion, estilos habitos	Notas de historia clinica.
6	Otras activida						Responsabilizarce 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	4	2021	05	11	986136593		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: #NAME?

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	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

Deina Mojica

Deina maritza Mojica Hernandez

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

52.961.595

CC. NO. CONTRATISTA

Alexandra Rodriguez Gutierrez

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

PAG 1 DE 1

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	52961597	DEINA MARITZA MOJICA HERNANDEZ	U C S D		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION
2021	4	2021	605614	

TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
PUBLICA	PEQUEÑO	14-11	63
PRIVADA	GRANDE		
MIXTA	INDEPENDIENTE		

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CL 56 B SUR NO 87 A 20	BOGOTA, D.C.	11001	BOGOTA, D.C.	11	3112581708		deinamojicacamer@hotmail.com	7490	0	1	2021/05/11	968199593

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION ADICIONAL	INCAPACIDADES No. AUTOR.	INCAPACIDADES VALOR	LIC MATERNIDAD No. AUT.	LIC MATERNIDAD VALOR	APORTE COTIZ	DIAS MORA	INTERESES MORA COT.	INTERESES MORA FSC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC	No. RADIC. SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFI
EPS003	860066942-7	113,600	0		0		0	113,600	0	0	0	113,600	0		0	0	113,600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGATORIA	COTIZ NO AFILIADO	COTIZ VOLUNTARIA	FONDO SOLIDARIDAD	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	145,400	0	0	0	0	0	0	145,400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. Afil

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGATORIA	INCAPACIDADES No AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES CCF POR RIESGO	VALOR APORTE COTIZACION
14-11	830075790-5	22,200		0	0	22,200

DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICACION SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	22,200		0	222	22,200

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SUPERSOLIDARIDAD

VALOR	DIAS MORA	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TIPO ADMINISTRADORA	APORTES CAJAS SIN MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	145,400	145,400
SALUD	113,600	113,600
RIESGOS LABORALES	22,200	22,200
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	281,200	281,200

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