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

Período a Certificar:	Desde:	1-Jun-21		Hasta:	30-Jun-21		
Nombre del Contratista:	Paula Andrea Higuera López			Cédula:	1026590356		
Correo Electrónico:	pau.andreah129@gmail.com			Teléfono(s):	3046796997		
Nombre del Supervisor - Planta:	Yolanda Rodríguez Baquero			Cargo:	PROFESIONAL DEL AREA DE LA	Codigo-Grado:	242-30
Nombre del Supervisor - Contratista:				Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:	Jorge Moreno Charris			Cargo:	MÉDICO	Código-Grado:	211-11
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:				Perfil		No. CTO:	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001498	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MÉDICO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	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	60		$ 33.570	$ 2.014.200	33,33%
URG OBSERVACION - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B02VB	60		$ 33.570	$ 2.014.200	33,33%
PROCEDIMIENTOS URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B03VB	60		$ 33.570	$ 2.014.200	33,33%
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:	$ 6.042.600	SEIS MILLONES CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS 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 SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2	Febrero	$ 5.639.760
						3	Marzo	$ 6.109.740
						4	Abril	$ 5.639.760
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$11.749.500	955	5	Mayo	$ 5.639.760
						6	Junio	$ 6.042.600
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 24.170.400	$ 35.919.900	$ 29.071.620	$ 6.848.280

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	REALIZAR ACTIVIDADES EN EL AREA DE URGENCIAS CON PLENA AUTONOMIA DE ACUERDO A LAS GUIAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES	USAR NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LA DISPOSICION DE INSUMOS FARMACOLOGICOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN LE MOMENTO DE LA FORMULACION	FORMULACION, RACIONAL, MEDICAMENTO, FORMULA MEDICA
2	CONOCER Y APLICAR LAS GUIAS DE ATENCION, PROTOCOLOS, MANUALES Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, EN ESPECIAL LOS RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO CONTRACTUAL	UTILIZAR NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LA DISPOSICION DE INSUMOS FARMACOLOGICOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO	FORMULACION, RACIONAL, MEDICAMENTO, FORMULA MEDICA
3	REALIZAR ATENCION DE CONSULTA DE URGENCIA, TRIAGE, EVOLUCION HOSPITALIZACION Y EN OBSERVACION, ATENCION DE PARTOS A PACIENTES GESTANTES DE ACUERDO A LAS GUIAS DE ATENCION, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES	BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA REALIZA LA FORMULACION PERTINENTE	FORMULAS MEDICAS PAUTADAS
4	CONOCER Y NOTIFICAR ADECUADA Y OPORTUNAMENTE LA FICHA DE NOTIFICACION DE INFECCIONES ASICUADAS AL CUIDADO DE LA SALUD AL REFERENTE DE IAAS	REALIZAR EOLUCION DE PACIENTES HISPITALIADOS , OBSERVACION Y GENERAR PLANES DE MANEJO	PLAN DE MANEJO Y EVOLUCION
5	ENTREGAR MENSUAL AL SUPERVISOR DEL CONTRATO INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL OBJETO CONTRACTUAL	PRESENTACION DE CUENTAS DE COBRO Y ACTIVIDADES	FORMATOS
6	BRINDAR ATENCION HUMANIZADA AL CLIENTE EXTERNO Y ESTABLECER RELACIONES DE CORDIALIDAD CON EL CLIENTE INTERNO DE LA SUBRED	APLICANDO PROTOCOLOS DE ATENCION A URGENCIA Y TRATO HUMANIZADO	HISTORIAS CLINICAS
7	CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED	APLICANDO PROTOCOLOS	LLENAR FORMATOS
8	EL CONTRATISTA DEBERA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES CUANDO HAYA LUGAR	PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	PLANILLA DE PAGO
9	CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y LA PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA SUBRED, EN EL	REALIZACION DE EVALUACIONES EN LA PLATAFORMA	EVALUACIONES

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 5.639.760
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	5	2021	06	15	50925448		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

ITEM		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	PORVENIR	$ 2.255.904	$ 360.900	$ 361.000
SALUD		FAMISANAR		$ 282.000	$ 282.000
ARL	3	SURA		$ 55.000	$ 55.000
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 697.900	$ 698.000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO COLPATRIA	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	1932031950

Paula Andrea Higuera López
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.026.590.356
CC. NO. CONTRATISTA

Yolanda Rodríguez Baquiero
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL DEL AREA DE LA SALUD

Jorge Moreno Charris
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
MÉDICO

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	1026590356	PAULA ANDREA HIGUERA LOPEZ	Calle 23 Bis # 28-20	6944768	pau.andreahl29@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	15/06/2021	50925448	$698.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	282.000	0		0		0	0	0	0	282.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	361.000	0	0	0	0	0	0		361.000	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	890903790-5	55.000				55.000	0	0	55.000			550	55.000	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	282.000	282.000
Pensión	1	361.000	361.000
Riesgos Laborales	1	55.000	55.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	698.000	698.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026590356	PAULA ANDREA HIGUERA LOPEZ		Calle 23 Bis # 28-20	8944768	paulandreahl29@gmail.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
2021-05	2021-05	I	15/06/2021	50925448	TOTAL A PAGAR	
					$698.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dep. Laboral	Dep. Pensión	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORREGIDO	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1026590356	HIGUERA LOPEZ PAULA ANDREA	59	0			N																	230301	2.255.904	361.000	0	0	0	0	EPS017	2.255.904	282.000	14-11	2.255.904	3	55.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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