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-jun-21		Hasta:	30-jun-21		
Nombre del Contratista:	LINA MARIA CRUZ RODRIGUEZ			Cédula:	52707184		
Correo Electrónico:	linacruzbact@hotmail.com			Teléfono(s):	3012989855		
Nombre del Supervisor - Planta:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ			Cargo:	DIRECTOR TÉCNICO	Codigo-Grado:	009-05
Nombre del Supervisor - Contratista:				Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:				Cargo:		Còdigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	PATRICIA ASTRID PEREZ URREGO			Perfil	REFERENTE LABORATORIO CLI	No. CTO:	3066-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001833	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	BACTERIOLOGA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS-CAPS 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	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Ocultar							
LABORATORIO Y ANALISIS CLINICO - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	L07VB	186	48	$ 16.500	$ 3.861.000	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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:	$ 3.861.000	TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y UN MIL 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 SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 7.194.000	954	1		
1	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 4.818.000	1588	2	Febrero	$ 3.201.000
						3	Marzo	$ 3.531.000
						4	Abril	$ 3.300.000
						5	Mayo	$ 3.696.000
						6	Junio	$ 3.861.000
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.207.000	$ 21.219.000	$ 17.589.000	$ 3.630.000

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 apoyo profesional en los servicios de laboratorio clínico, en la toma de muestras y para las pruebas de laboratorio clínico, participando en la elaboración de guías, manuales y procedimientos propios del servicio; aplicando las guías de manejo y los manuales de procedimientos de la subred sur, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.	Se prestan servicios profesionales en la toma de muestras y laboratorio clínico en la USS Vista Hermosa, para las pruebas de laboratorio clínico aplicando las guías, manuales y procedimientos de los servicios en el turno dia.	Registro de resultados reportados durante el mes descargados del sistema COMPRONET

2	Chequear y calibrar oportuna y frecuentemente cada uno de los instrumentos antes de realizar las lecturas y llevar un registro de los procedimientos de calibración, con el fin de garantizar lo procedimientos metodológicos conforme a los criterios de certificación y acreditación vigentes.	De manera diaria se chequean y calibran los instrumentos y antes de realizar las lecturas.	Registro de calibración, Bitácora de control de calidad interno. Hoja de mantenimiento de equipos. Carpeta de dispositivos médicos.
3	Realizar pruebas de control de calidad de los análisis clínicos a fin de garantizar la veracidad, precisión y exactitud en los resultados.	Se verifican los controles de calidad internos de manera diaria y se reprocesan en caso de ser necesario.	Registro de calibración, bitácora de control de calidad interno. Formato de envío de EEID a la SDS
4	Responder por el adecuado uso de los equipos, elementos del inventario del servicio entregados a título de préstamo para el desarrollo de las actividades contratadas y elementos de consumo del laboratorio.	Se realiza el mantenimiento diario de todos los equipos biomédicos. Se diligencia el kardex de reactivos por secciones y se realizan los pedidos de insumos mensuales.	Registro de mantenimiento diario de equipos, kardex de reactivos y formato solicitud de insumos.
5	Participar en la gestión integral, oportuna y eficiente del servicio de salud a cargo de la subred en beneficio de la personas que acuden sus instalaciones, con el pleno cumplimiento del SOGC.	Prestar servicios como bacterióloga de forma oportuna y eficiente en beneficio de las personas que acuden al servicio de laboratorio, con el pleno cumplimiento del SOGC	Indicadores de oportunidad en servicios de urgencia
6	Promover en los usuarios la generación de estilos, hábitos y conductas de estilo saludable mediante acciones de educación.	Se informa a todos los usuarios sobre sus derechos y deberes.	Formato de socialización de derechos y deberes.
7	Hacer una debida forma de entrega y recibo de turnos, así como el registro de las novedades cuando a ello hubiere lugar y el supervisor del contrato así lo requiera.	Se registran todas las novedades presentadas durante la prestación del servicio.	Formato de entrega de turno
8	Entregar mensualmente al supervisor del contrato informe de las actividades desarrolladas dentro del objeto contractual.	De manera mensual se entrega informe de actividades contrato de OPS	Formato CO-OPS-FT-11 V5
9	Responder por el buen uso de los equipos y elementos asignados para el desarrollo de los productos y/o las actividades contractuales.	Se realiza el mantenimiento diario, semanal, quincenal o mensual de los equipos biomédicos según sea la necesidad de cada equipo para el desarrollo de los productos y/o actividades.	Formato de mantenimiento de los equipos
10	Utilizar, custodiar, salvaguardar y vigilar los recursos e insumos y la conservación y uso adecuado de los bienes y la obligación de responder por su deterioro o pérdida al igual que la documentación e información suministrados o a la que tenga acceso para el cumplimiento de las actividades contractuales.	Se hace uso adecuado de los recursos e insumos que son suministrados por la subred para el cumplimiento de las actividades contractuales.	Kardex reactivos por sección

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.696.000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	5	2021	06	21	51395585		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS

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	PROTECCION	$ 1.478.400	$ 236.500	$ 236.600
SALUD		SALUD TOTAL		$ 184.800	$ 184.800
ARL	3	SURA		$ 36.000	$ 36.100
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 457.300	$ 457.500

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	570004870383728

LINA MARIA CRUZ RODRIGUEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.707.184
CC. NO. CONTRATISTA

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTOR TÉCNICO

PATRICIA ASTRID PEREZ URREGO
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTE LABORATORIO CLINICO

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	52707184	LINA MARIA CRUZ RODRIGUEZ	CALLE 66 A Nro 98 - 49	2764791	linacruzbact@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	21/06/2021	51395585	$457.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	184.800	0		0		0	0	0	0	184.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	236.600	0	0	0	0	0	0		236.600	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	36.100				36.100	0	0	36.100			361	36.100	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	184.800	184.800
Pensión	1	236.600	236.600
Riesgos Laborales	1	36.100	36.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	457.500	457.500

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	TELÉFONO	CORREO
CC	52707184	LINA MARIA CRUZ RODRIGUEZ		CALLE 66 A Nro 98 - 49	2764791	linacruzbact@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-05	2021-05	I	21/06/2021	51395585	$457.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Suspendido	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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 otras parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52707184	CRUZ RODRIGUEZ LINA MARIA	59	0			N																	230201	1.478.400	236.900	0	0	0	0	EPS002	1.478.400	184.800	14-11	1.478.400	3	38.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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