

		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-ago.-21		Hasta:	31-ago.-21		
Nombre del Contratista:	PAULA ANDREA DIAZ ARDILA			Cédula:	1069304647		
Correo Electrónico:	pau_diaz_1112@hotmail.com			Teléfono(s):	3017678539		
Nombre del Supervisor - Planta:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ			Cargo:	PROF. ESP. AREA SALUD	Código-Grado:	242-28
Nombre del Supervisor - Contratista:				Perfil:		No. CTO:	
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:				Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:	JHON EDISON PARRA MANCIPE			Perfil:	REFERENTES SUBRED	No. CTO:	2697-2021
DATOS DEL CONTRATO							
NO CONTRATO:	1010-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL:		27	
PERFIL:	MEDICO GENERAL						
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS						
UNIDAD DE SERVICIOS:	UHMES EL 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	162		\$ 33.570	\$ 5.438.340	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:	\$	5.438.340	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS				
EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
FECHA INICIO CONTRATO		12/01/2021			FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		31/05/2021
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO	VALOR A PAGAR
1	2021-05-01	2021-06-30	1	\$ 13.426.056	859	1	Enero \$ 7.031.916
2	2021-07-01	2021-08-31	2	\$ 10.876.680	1585	2	Febrero \$ 5.991.300
3	2021-09-01	2021-10-31	3	\$ 6.848.280	2164	3	Marzo \$ 7.251.120
						4	Abril \$ 7.855.380
						5	Mayo \$ 8.056.800
						6	Junio \$ 7.251.120
						7	Julio \$ 5.236.920
						8	Agosto \$ 5.438.340
						9	
						10	
						11	
						12	
						13	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	
\$ 27.997.380		\$ 59.148.396		\$ 54.112.896		\$ 5.035.500	

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 (médico(a)) 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.	Brindar atención médica a pacientes de la SUBRED SUR con principios de calidad, oportunidad y pertinencia de acuerdo a su condición de salud. Realizar valoración de ingreso y de seguimiento hasta su egreso.	HISTORIA CLINICA
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.	Realizar entrega de información a familiares explicando de manera clara y en lenguaje entendible para el paciente y/o familiar.	REGISTROS DE HISTORIA CLINICA
3	Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas, 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 o sustituya)	Diligenciar de manera adecuada la historia clínica proporcionando información veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas, adherencia a criterios que define el Ministerio de Salud y aplicando la Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya a cabalidad.	HISTORIA CLINICA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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 medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Realizar trabajo permanente elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad		HISTORIA CLINICA	
5	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	Valorar diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso.			
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Realizar acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.		HISTORIA CLINICA	
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	Es la actividad diaria realizada por médico con el fin de evaluar de manera individual la condición clínica del paciente, aplicando sistemáticamente los siguientes pasos: interrogatorio, examen físico, valoración exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas y otros, análisis de la condición clínica y definición de la conducta a seguir. Obliga al registro sistemático e INMEDIATO en la historia clínica en el folio "EVOLUCIÓN DE PACIENTES".		HISTORIA CLINICA	
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Entrega de información de pacientes a familiares en la Subred Sur E.S.E., con el fin de facilitar el contacto familiar, fortalecer su proceso de rehabilitación, cuidado, asistencia y la posterior integración social del paciente a su familia y la comunidad.		HISTORIA CLINICA - REGISTRO DE ENTREGA DE INFORMACION A FAMILIARES	
INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO		NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	
2021	7	2021	08	17	\$ 5.236.920
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS		CINCO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTE 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	PORVENIR	\$ 2.094.768	\$ 335.200	\$ 335.200
SALUD		FAMISANAR		\$ 261.800	\$ 261.900
ARL	3	SURA		\$ 51.000	\$ 51.100
CAJA DE COMPENSACION	NO			\$ 648.000	\$ 648.200
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO					
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.		TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA 23200013336
 PAULA ANDREA DIAZ ARDILA NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 1.069.304.647 CC. NO. CONTRATISTA			 MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ NOMBRE DEL SUPERVISOR PROF. ESP. AREA SALUD		
 Dr. Jhon Edison Parra M. Esp. Medicina de Urgencias Médico de UCI USS Tunal RM 80125488 JHON EDISON PARRA MANCIPE NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN REFERENTES SUBRED					

2021-02-12

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1069304647	PAULA ANDREA DIAZ ARDILA	carrera 4 # 1-08	1234567	pau_diaz_1112@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	GUASCA	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
2021-07	2021-07	I	17/08/2021	52653391	1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
					\$648.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	261.900	0	No. Autorización	Valor	0	0	0
					No. Autorización	Valor	0	0	0
								261.900	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	800224809-8	335.200	0	0	0	0	0	0	0	335.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903790-5	51.100	No. Autorización	Valor	51.100	0	0	51.100	0	511	511	51.100	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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	261.900	261.900
Pensión	1	335.200	335.200
Riesgos Laborales	1	51.100	51.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	648.200	648.200

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1069304647	PAULA ANDREA DIAZ ARDILA	carrera 4 # 1-08
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	1- Independiente		
		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
		CUNDINAMARCA	GUASCA
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
		NO	

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2021-07	2021-07	1	17/08/2021	52658391
TOTAL A PAGAR				\$648.200

DETALLE POR COTIZANTE																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION					SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotización	IBIC APP	Cotización	Voluntario o Aliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Cód. EPS	IBIC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBIC ARL	Cotización	Código CCF	IBIC CCF	Aporte CCF	IBIC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN														
1	CC	1069304647	DAZ ARDILA PAULA ANDREA	335.200	2.094.768	230301	0	0	0	EP5017	2.094.768	261.500	14-11	2.094.768	3	51-100	0	0	0	0	0	0	0														



Autenticar al proveedor

UTC-5 21:21:37

PAULA ANDREA DIAZ...

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar

< Evaluac

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

17 Ago, 2021(UTC-5) 21:21:37

5 Documentos del contrato

Paída

6 Información presupuestal

Salir

7 Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA FEBRERO CTO 1010-2021.pdf	Febrero 1010-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 1010-2021..pdf	CUENTA MES DE MARZO CTO 1010-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 1010-2021..pdf	Abril 1010-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 1010-2021.pdf	Mayo 1010-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 1010-2021.pdf	JUNIO CTO 1010-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 1010-2021.pdf	JULIO CTO 1010-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

