O K

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-jul.-21 | Hasta: | 31-jul.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | DANILO EMBER MORALES HERRERA | | Cédula: | 73161463 | | | |
| Correo Electrónico: | danilomh9@hotmail.es | | Teléfono(s): | 3002986220 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | | | Cargo: | | Codigo-Grado: | CODIGO 242 GRADO 28 | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO | | Perfil | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | No. CTO: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | | Còdigo-Grado: | CODIGO 211 GRADO 11 | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | JORGER ANTONIO MORENO CHARRIS | | Perfil | | No. CTO: | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 001413 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 72 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION DE URGENCIAS | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | 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 | 100 | | $ 33.570 | $ 3.357.000 | 38,76% |
| URG OBSERVACION - USS VISTA HERMOSA | | VISTA HERMOSA | B02VB | 50 | | $ 33.570 | $ 1.678.500 | 19,38% |
| PROCEDIMIENTOS URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA | | VISTA HERMOSA | B03VB | 42 | | $ 33.570 | $ 1.409.940 | 16,28% |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| HOSP MEDICINA INTERNA - USS VISTA HERMOSA | | VISTA HERMOSA | I06VB | 0 | 66 | $ 33.570 | $ 2.215.620 | 25,58% |
| 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: | $ 8.661.060 | OCHO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y UN MIL SESENTA 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 | $ 6.848.280 |
| 1 | 2021-05-01 | 2021-06-30 | 1 | 12.488.040 | 955 | 4 | Abril | $ 6.344.730 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 6.848.280 |
| 1 | 2021-07-01 | 2021-08-31 | 2 | $ 5.807.610 | 1775 | 6 | Junio | $ 8.862.480 |
| | 2021-07-23 | 2021-08-31 | | $ 738.540 | 2020 | 7 | Julio | $ 8.661.060 |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 24.170.400 | $ 43.204.590 | $ 43.204.590 | $ - |

## 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 COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS CON PLENA AUTOOMIA DE ACUERDO A LAS GUIAS Y PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES | HACER USO DE NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LAS DISPOSICION DE INSUMOS FARMACOLOGICOS CON LOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION | FORMULA DE MEDICAMENTOS, HISTORIA CLINICA |
| 2 | CONOCER Y APLICAR LAS GUIAS DE ATENCION , PROTOCOLOS, MANUALES Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES EN ESPECIAL LOS RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETIVO CONTRACTUAL | HACER USO DE NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LAS DISPOSICION DE INSUMOS FARMACOLOGICOS CON LOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION | FORMULA DE MEDICAMENTOS, HISTORIA CLINICA |
| 3 | REALIZAR ATENCIONDE CONSULTA DE URGENCIAS, TRIAGE, EVOLUCION EN HOSPITALIZACION, OBSERVACION , ATENCION DE GASTANTES, ATENCION DE PARTO DE ACUERDO A LAS GUIAS DE ATENCION , PROTOCOLOS Y PROCEDMIENTOS INSTITUCIONALES | BASADO EN LA EVIDENCIA CLINICA REALIZAR FORMULACION PERTINENTE | FORMULA MEDIAS PAUTADAS |

| ALCALDÍA MAYOR DE NUEVA ERA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V6 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | CONOCER Y APLICAR LA POLITICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LOS CUIDADOS EN SALUD Y LOS 5 MOMENTOS DE LA HIGUENIZACION DEL LAVADO DE MANOS | CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS AL PIE DE LA LETRA | HISTORIA CLINICA, LISTAS DE CHEQUEO |
| 5 | CONOCER Y NOTIFICAR ADECUADAMENTE Y/U OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS DE SEGUIMIENTO EN SALUD PUBLICA COMO LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD AL REFERENTE DE IAAS | REALIZAR EVOLUCION DE PACIENTE HOSPITALIZADOS, OBSERVACION Y GENRAL PLANES DE MANEJO | HISTORIA CLINICA, PLANES DE MANEJO Y EVOLUCION CLINICA |
| 6 | EFECTUAR EL SEGUIMIENTO AL PERSONAL PARAMEDICO FRENTE A LA ADHERENCIA A LAS POLITICAS DE IAAS Y A LA ESTRATEGIA DE LAVADO DE MANOS , ASI COMO EL USO ADECUADO DEL UNIFORMA QUIRURGICO | REALIZAR EVOLUCION DE PACIENTE HOSPITALIZADOS, OBSERVACION Y GENRAL , PLANES DE MANEJO | HISTORIA CLINICA |
| 7 | LAS DEMAS ACTIVIDADES INHERENTES DEL OBJETO CONTRACTURAL QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, ASI DEPENDIENDO DE LAS NECESIDADEES DEL SERVICIO O LA UNIDAD A LA QUE SEA REQUERIDO | CUMPLIMIENTO DE METAS Y COMPROMISOS ASIGNADOS | HISTORIA CLINICA |
| 8 | ENTREGA MENSUAL AL SUPERVISOR DEL CONTRATO EL RESPECTIVO INFORME DE ACTIVIADES DESARROLLADAS DENTRO DEL OBJETO CONTRACTUAL | PRESENTACION DE CUENTAS DE COBRO Y ACTIVIDADES | FORMATO PERTINENTE |
| 9 | BRINDAR INFORMACION Y ATENCION HUMANIZADA AL CLIENTE EXTERNO Y Y, ESTABLECER RELACIONES DE COORDIALIDAD CON EL CLIENTE INTERNO DE LA SUBRED | APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCION DE URGENCIAS Y TRATO HUMANIZADO | HISTORIA CLINICA |
| 10 | CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED | APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCION DE URGENCIAS Y TRATO HUMANIZADO | DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS PERTINENTES |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 8.862.480 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 6 | 2021 | 07 | 08 | 78033366697/78039941809 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: OCHO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS

| 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 | COLFONDO | $ 3.544.992 | $ 567.200 | $ 567.200 |
| SALUD | | COMPENSAR | | $ 443.100 | $ 443.100 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 86.400 | $ 86.400 |
| CAJA DE COMPENSACION | SI | COMPENSAR | | $ 1.096.700 | $ 1.096.700 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 004870412960 |
|---|---|---|---|---|---|

DANILO EMBER MORALES HERRERA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
73.161.463
CC NO CONTRATISTA

YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL AREA DE SALUD

JORGER ANTONIO MORENO CHARRIS
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-17

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 73161463 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DANILO EMBER MORALES HERRERA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | KM 13 VARINATE MADRID FACA | TELÉFONO: | 8209324 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7803336697 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/07/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1052529317 |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800227940 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 400.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 400.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 312.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 312.500** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 50.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 50.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 60.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 60.900** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 823.400** |

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 73161463 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DANILO EMBER MORALES HERRERA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | KM 13 VARINATE MADRID FACA | TELÉFONO: | 8209324 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7803941809** | | TIPO DE PLANILLA: | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/07/21 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1066148608 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 7803336697 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2021/07/08 |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800227940 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 167.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 167.200** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 130.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 130.700** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 0 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 0** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 25.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 25.500** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 323.400** |

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de articulos

## 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 mes febrero2021 | cuenta vista.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO 2021.pdf | CUENTA MARZO 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1413 cuenta abril 2021.pdf | 1413 cuenta abril 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1413 CUENTA MAYO 2021.pdf | 1413 CUENTA MAYO 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1413 cuenta junio 2021.pdf | 1413 cuenta junio 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >