ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

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:	Lina Maria Gomez Ramirez		**Cédula:**	1030682074			
Correo Electrónico:	linamgr_979@hotmail.com		**Teléfono(s):**	8066889-3143402293			
Nombre del Supervisor - Planta:	NANCY ESTELLA TABARES RAMIREZ		**Cargo:**	Director tecnico	**Codigo-Grado:**	009-05	
Nombre del Supervisor - Contratista:			**Perfil**		**No. CTO:**		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			**Cargo:**		**Código-Grado:**		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	Angelica Esneda Sarria Mena		**Perfil**	Referente tecnico terapia	**No. CTO:**	1883-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	1929-2021	**Año Contrato:**	2021	**C.D.P. CONTRATO INICIAL :**	72
PERFIL:	TERAPEUTA RESPIRATORIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS 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	Ocultar							
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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		$ 17.655	$ 3.389.760	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:	**$ 3.389.760**	**#¿NOMBRE?**

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	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 8.353.590	954	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 3.389.760	1588	2	Febrero	$ 5.069.760
						3	Marzo	$ 3.177.900
						4	Abril	$ 3.389.760
						5	Mayo	$ 3.389.760
						6	Junio	$ 3.177.900
						7	Julio	$ 3.389.760
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.851.490	$ 21.594.840	$ 21.594.840	$ -

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 (profesional de apoyo terapéutico) 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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	Valorar y atender oportunamente pacientes de cada uno de los servicios según la programacion	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.	Cumplir con las tareas asignadas dentro de las competencias de cada profesional	Historia clinica

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

3	Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera 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 realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya).	Cumplir con la atencion oportuna y de calidad de acuerdo a las necesidades del servicio	Historia clinica
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guias, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad	Realizar valoracion diagnostico pronostico y plan de tratamiento	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.	Revisar protocolos y guias de manejo	Historia clinica
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Diligenciar consolidados informes y estadisticas	Historia clinica
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	Brindar atencion humanizada al cliente externo y establecer relaciones de cordialidad	Historia clinica
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clinico	Cumplir con las normas y procedimientos tecnicos y administrativos de la subred sur	Historia clinica
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.		Historia clinica
10			
11			
12			
13			
14			
15			

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	6	2021	07	12	51929634		$ 3.177.900

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	#¿NOMBRE?

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	$ 1.271.160	$ 203.400	$ 203.400
SALUD		salud total		$ 158.900	$ 158.900
ARL	3	sura		$ 31.000	$ 31.000
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 393.300	$ 393.300

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BBVA COLOMBIA	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	176233781

Lina Maria Gomez Ramirez
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.030.682.074
CC. NO. CONTRATISTA

NANCY ESTELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
Director tecnico

Angelica Esneda Sarria Mena
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
Referente tecnico terapia

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	1030682074	LINA MARIA GOMEZ RAMIREZ	Cll 51 sur numero 87 D 21	8066889	linamgr_979@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-06	2021-06	I	12/07/2021	51929634	$393.300

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	158.900	0		0		0	0	0	0	158.900	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	800224808-8	203.400	0	0	0	0	0	0		203.400	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	31.000				31.000	0	0	31.000			310	31.000	1

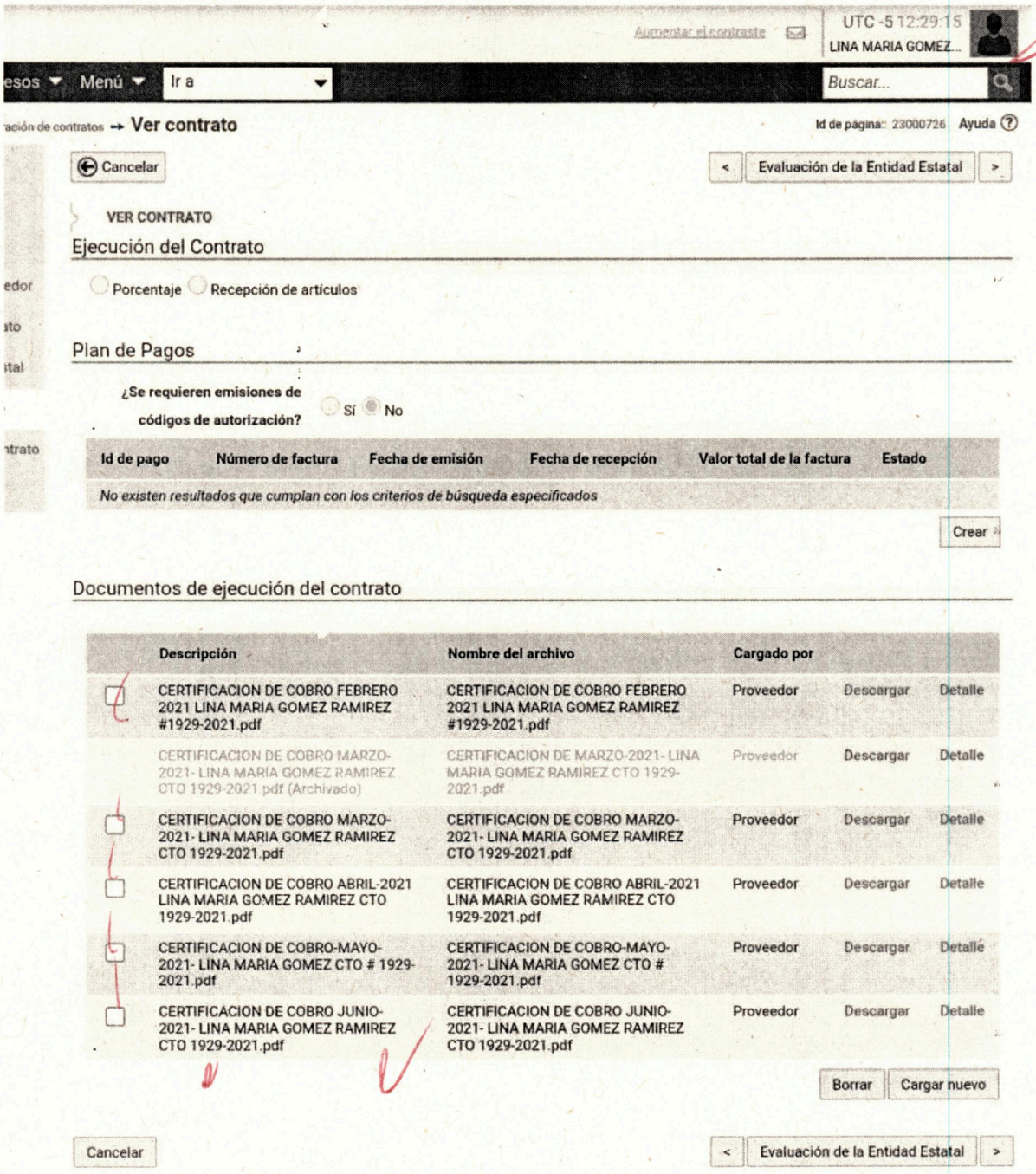
TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	158.900	158.900
Pensión	1	203.400	203.400
Riesgos Laborales	1	31.000	31.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	393.300	393.300

PAGADA

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



Aumentar el contraste

UTC -5 12:29:15
LINA MARIA GOMEZ...

esos ▼ Menú ▼ Ir a ▼ Buscar...

ación de contratos → **Ver contrato**

Id de página: 23000726 Ayuda

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

edor
ato
ital

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

ntrato

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí 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		
☐	CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2021 LINA MARIA GOMEZ RAMIREZ #1929-2021.pdf	CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2021 LINA MARIA GOMEZ RAMIREZ #1929-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CERTIFICACION DE COBRO MARZO-2021- LINA MARIA GOMEZ RAMIREZ CTO 1929-2021.pdf (Archivado)	CERTIFICACION DE MARZO-2021- LINA MARIA GOMEZ RAMIREZ CTO 1929-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MARZO-2021- LINA MARIA GOMEZ RAMIREZ CTO 1929-2021.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MARZO-2021- LINA MARIA GOMEZ RAMIREZ CTO 1929-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO ABRIL-2021 LINA MARIA GOMEZ RAMIREZ CTO 1929-2021.pdf	CERTIFICACION DE COBRO ABRIL-2021 LINA MARIA GOMEZ RAMIREZ CTO 1929-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO-MAYO-2021- LINA MARIA GOMEZ CTO # 1929-2021.pdf	CERTIFICACION DE COBRO-MAYO-2021- LINA MARIA GOMEZ CTO # 1929-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO JUNIO-2021- LINA MARIA GOMEZ RAMIREZ CTO 1929-2021.pdf	CERTIFICACION DE COBRO JUNIO-2021- LINA MARIA GOMEZ RAMIREZ CTO 1929-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >