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:	MIGUEL ALFONSO LOPEZ FLOREZ			Cédula:	1110496536		
Correo Electrónico:	miguel.lopez.md@gmail.com			Teléfono(s):	3006583539		
Nombre del Supervisor – Contratista:	SHIRLEY CUEVAS DUARTE			Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:	6119-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001363	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MEDICO GENERAL				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	MEISSEN				

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 MEISSEN		MEISSEN	80IME	186	12	$ 33.570	$ 6.646.860	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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:	$ 6.646.860	SEIS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO						FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		
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	$17.322.120	955	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 2.014.200	1575	2	Febrero	$ 5.841.180
						3	Marzo	$ 6.646.860
						4	Abril	$ 6.646.860
						5	Mayo	$ 6.445.440
						6	Junio	$ 6.646.860
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 19.336.320	$ 38.672.640	$ 32.227.200	$ 6.445.440

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 medico acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUB RED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	Ejecutar las actividades inherentes a su profesion y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uni de los usuarios a los que se les presta la atencion medica .	Historias Clinicas, Auditorias Concurrentes.
2.	Realizar actividades de información, educación, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.	Cumplir las actividades medicas en los horarios que la Institucion tiene definidos para la prestacion del servicio .	Historias clinicas, Auditorias Concurrentes.

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

3	Registrar en la historia clínica toda la información del acto medico de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas a la internacionalmente aprobadas simultánea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que definan el ministerio de salud y protección social en los componentes que regulan la materia (resolución 1995/199,839/2017) norma que la modifique o sustituya.	Diligenciar y hacer entregar al paciente y/o a su acompañante todos los documentos que se requieran al egreso de los pacientes asignados a su cuidado (formulas medicas,recomendaciones médicas ,signos de alarma ,solictud de apoyo diagnostico para toma ambulatoria,solicitud de control medicos ,incapacidades etc). diligenciar todos los formatos implementados por la nacion ,ente territorial y la IPS que tienen como fin el seguimiento estadistico .	Recibo y entregas de Turno, Registros en historia clinica, Auditorias Recurrentes
4	Apoyar la elaboración actualización de formatos, protocolos, guías, procedimiento de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento de consentimiento informado, MIPRES, en los casos pertinentes. garantizando las normas universales de bioseguridad.	Ejecutar los procedimientos médicos y quirúrgicos a que haya lugar de una manera pertinente ,con oportunidad dentro del marco del cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el manual de bioseguridad.	Historias clinicas, Auditorias Concurrentes.
5	Apoyar en la identificacion, caracterizacion, 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 salud.	Cumplir las actividades medicas en los horarios que la institucion tiene definidos para la prestacion del servicio .	Historias clinicas, Auditorias Concurrentes
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Diligenciar historia clinica deacuerdo a la normatividad vigente .	Historias clinicas, Auditorias Concurrentes.
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUB RED SUR E.S.E. hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	Ejecutar las actividades inherentes a su profesion y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uni de los usuarios a los que se les presta la atencion medica .	Historias Clinicas, Auditorias Concurrentes.
8	Informar oportunamente al familiar acudiente, representante o entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación de cuadro clínico objeto del tratamiento.	Informar al paciente y al usuario y cuando se requiera a la autoridad competente sobre la ruta de atencion al servicio asi como la evolucion del estado de salud a los pacientes y familiares asignados a su cuidado	Historias Clinicas, Auditorias Concurrentes.
9	Otras actividades del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Diligenciar correcta y oportunamente la informacion que exija el sistema de informacion de la subred.	Historias clinicas, Auditorias Concurrentes.

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 6.445.440
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	5	2021	06	15	51278663		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA 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	$ 2.578.176	$ 412.500	$ 412.600
SALUD		COMPENSAR		$ 322.300	$ 322.300
ARL	3	SURA		$ 62.800	$ 62.900
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 797.600	$ 797.800

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	466170005634

MIGUEL ALFONSO LÓPEZ FLÓREZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.110.496.536
CC. NO. CONTRATISTA

SHIRLEY CUEVAS DUARTE
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0
NOMBRE DEL APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN
0.

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	1110496536	MIGUEL ALFONSO LOPEZ FLOREZ		Calle 12C #71C 31	3006593539	Miguel.lopez.md@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	15/06/2021	51278863	$797.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	322.300	0		0		0	0	0	0	322.300	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	412.600	0	0	0	0	0	0		412.600	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	800903790-5	62.900				62.900	0	0	62.900			629	62.900	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	322.300	322.300
Pensión	1	412.600	412.600
Riesgos Laborales	1	62.900	62.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	797.800	797.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1110496536	MIGUEL ALFONSO LOPEZ FLOREZ	Calle 12C #71C-31	3006593539	Miguel.lopez.md@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	15/06/2021	51278663	$797.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	Cotizante exterior	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	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
1	CC	1110496536	LOPEZ FLOREZ MIGUEL ALFONSO	59	0		N																	230301	2.578.176	412.900	0	0	0	0	EPS005	2.578.176	322.900	14-11	2.578.176	3	62.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

Datos generales

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

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		
☐	Febrero-1363-2021.pdf	Febrero-1363-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Marzo 1363 2021.pdf	Marzo 1363 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Poliza Miguel Lopez 2021.pdf	Poliza Miguel Lopez 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Abril 1363 2021.pdf	Abril 1363 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Mayo 1363-2021.pdf	Mayo 1363-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >