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:	JOHANNA DE LOS ANGELES BUIRAGO AMAYA		**Cédula:**	52542227			
Correo Electrónico:	johannaangeles22@hotmail.com		**Teléfono(s):**	3202690324			
Nombre del Supervisor - Planta:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ		**Cargo:**	DIRECTORA TECNICA	**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 DE LABORATORIO	**No. CTO:**	3066-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	1771-2021	**Año Contrato:**	**2021**	**C.D.P. CONTRATO INICIAL :**	72
PERFIL:	AUXILIAR DE LOBORATORIO CLINICO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	CAPS CANDELARIA - USS 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	Ocultar							
							$ -	
							$ -	
							$ -	
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	0		$ -	$ -	
LABORATORIO Y ANALISIS CLINICO - USS EL TUNAL		TUNAL	L07TN	186	43	$ 8.962	$ 2.052.298	100,00%
							$ -	
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	
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:	**$ 2.052.298**	**DOS MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO 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	$ 4.947.024	954	1		
2	2021-01-07	2021-08-31	2	$ 2.294.272	1588	2	FEBRERO	$ 1.998.526
						3	MARZO	$ 2.231.538
						4	ABRIL	$ 2.034.374
						5	MAYO	$ 1.855.134
						6	JUNIO	$ 1.532.502
						7	JULIO	$ 2.052.298
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.000.796	$ 12.242.092	$ 11.704.372	$ 537.720

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 ACUERDO AL PERFIL DE AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO, SEGÚN NECESIDAD TENIENDO EN CUENTA LOS PRINCIPIOS DE (SGSSS - SOGC).	PRESTAR MIS SERVICIOS SEGÚN LA NECESIDAD DEL PACIENTE Y SIGUIENDO LOS PRINCIPIOS ESTIPULADOS.	ATENCION OPORTUNA Y EFICAZ A CADA UNO DE LOS PACIENTES
2	ACATAR LA CONFORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE GUÍAS, FORMATOS, PROTOCOLOS, PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLINICO Y ADERIRSE A LOS MISMOS, INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SEGÚN NORMAS DE INVESTIGACIÓN.	DILIGENCIAR FORMATOS REQUERIDOS PARA CADA NECESIDAD	EVIDENCIA REGISTRADA EN CARPETAS
3	ALISTAMIENTO DE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA REALIZAR LA TOMA DE MUESTRAS EN EL LABORATORIO CLINICO.	PREPARAR PREVIAMENTE LOS INSUMOS NECESARIO PARA LA ACTIVIDAD A REALIZAR.	AREA DE TRABAJO ORDENADA Y LISTA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES.
4	REALIZAR LA TOMA DE MUESTRAS PARA ANALISIS EN EL LABORATORIO CLINICO DE LA SUBRED SUR, SEGÚN ORDEN MEDICA ASI COMO APLICAR LOS MANUALES DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS A FIN DE GARANTIZAR LAS CONDICIONES OPTIMAS DE PROCESAMIENTO.	TOMAR LABORATORIOS CLINICOS REQUERIDOS POR EL PACIENTE SEGÚN ORDEN MEDICA, GARANTIZAR SU CORRECTO TRASLADO AL LABORATORIO PARA EL PROCESAMIENTO DE LAS MISMAS.	ORDEN DE LABORATORIO EN FISICO, REGISTRO EN FORMATO DE TRASLADO DE MUESTRAS, MENSAJERO - AUXILIAR
5	ALISTAR CLASIFICAR Y DISTRIBUIR LAS MUESTRAS BIOLOGICAS PARA CADA UNA DE LAS SECCIONES DEL LABORATORIO.	ENTREGAR A CADA SECCION MUESTRAS CORRESPONDIENTES.	OPORTUNA ENTREGA DE MUESTRAS
6	ATENDIDOS Y/O MUESTRAS RECEPCIONADAS SIMULTANEA O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZACION, CON INTEGRIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTIFICA Y DEMAS CRITERIOS QUE	EN EL SISTEMA DINAMICA GERENCIAL HABILITAR LAS FACTURAS DE LAS ORDENES MEDICAS Y EN COMPRONET REALIZAR INGRESO CORRECTO DE LABORATORIOS REQUERIDO.	DINAMICA GERENCIAL- COMPRONET
7	DAR APLICACIÓN A LAS ORIENTACIONES, RECOMENDACIONES Y SOLICITUDES QUE REALICE EL PROFESIONAL DE BACTERIOLOGIA.	SEGUIR INDICACIONES BRINDAS POR EL BACTERIOLOGO PARA UN BIEN COMUN.	DESARROLLO DE TRABAJO EN EQUIPO.
8	OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES.	CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES REQUERIDAS	REALIZANDO ENCUESTAS, CURSOS, EVALUACIONES SOLICITADAS POR LA SUBRED SUR.

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

10			
11			
12			
13			
14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	6	2021	07	07	51487497		$ 1.532.502

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	UN MILLON QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS DOS 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	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		SANITAS		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4800402432

Johanna Buitrago

JOHANNA DE LOS ANGELES BUIRAGO AMAYA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

52.542.227
CC. NO. CONTRATISTA

Nancy T.

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTORA TECNICA

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOHANNA DELOS ANGELES BUITRAGO AMAYA
No. Identificación: CC52542227
Dirección: CALLE 70 SUR N 18 B 04
Telefono: 7657645
Correo: JOHANNAANGELES22@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 51487497

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOHANNA DELOS ANGELES BUITRAGO AMAYA
Tipo y número de identificación	CC52542227
Número de planilla	51487497
Fecha pago	2021-07-07
Número de autorización pago	983721
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2021
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2021
Número de Administradoras	3
Total Pagado	281200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

51487497

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	22200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	145400	1
EPS005	Sanitas EPS	113600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52542227
APELLIDOS Y NOMBRES: JOHANNA DELOS ANGELES BUITRAGO AMAYA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230201	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	22200	0

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

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿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		
☐	FEBRERO-JOHANNA BUITRAGO-CTO1771-2021-AUXILIAR.pdf	FEBRERO-JOHANNA BUITRAGO-CTO1771-2021-AUXILIAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JOHANA BUITRAGO-CTO 1771-MARZO.pdf	JOHANA BUITRAGO-CTO 1771-MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JOHANA BUITRAGO-CTO 1771-CTA ABRIL 2021.pdf	JOHANA BUITRAGO-CTO 1771-CTA ABRIL 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JOHANNA BUITRAGO-CTO 1771-MAYO 2021.pdf	JOHANNA BUITRAGO-CTO 1771-MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	secop johanna.zip	secop johanna.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JOHNA BUITRAGO - CTO 1771 - JUNIO 2021.pdf	JOHNA BUITRAGO - CTO 1771 - JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >