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-sep.-21 | Hasta: | 30-sep.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | MAGDA CAROLINA RIAÑO ORTEGA | | Cédula: | 52.495.512 | | | |
| Correo Electrónico: | carolina3013@outlook.com | | Teléfono[s]: | 3167218610 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | | | Cargo: | | Codigo-Grado: | | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ | | Perfil | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | No. CTO: | 5010 | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | | Código-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004709 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 991 |
| PERFIL: | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | URGENCIAS | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | 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 | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Ocultar | | | | | | | |
| SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO | | APH | G01TP | 180 | 0 | $ 9.870 | $ 1.776.600 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| 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: | $ 1.776.600 | UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 1/05/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/09/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| | | | 1 | $ 1.006.740 | 991 | 1 | Mayo | $ 1.776.600 |
| | | | | | | 2 | Junio | $ 1.895.040 |
| | | | | | | 3 | Julio | $ 1.895.040 |
| | | | | | | 4 | Agosto | $ 2.013.480 |
| | | | | | | 5 | Septiembre | $ 1.776.600 |
| | | | | | | 6 | | |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 9.179.100 | $ 10.185.840 | $ 9.356.760 | $ 829.080 |

## 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 como auxiliar de Enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la Norma de Habilitación de Servicios de Salud Vigente. | NO APLICA PARA EL PERIODO CERTIFICADO | NO APLICA |
| 2 | Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Subred Sur para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria. | NO APLICA PARA EL PERIODO CERTIFICADO | NO APLICA |

| 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 V8 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Prahospitalaria, además de cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas y carnè) durante el desarrollo de las actividades contractuales. | NO APLICA PARA EL PERIODO CERTIFICADO | NO APLICA |
| 4 | Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros de la historia clínica, módulos de reportas, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades. | NO APLICA PARA EL PERIODO CERTIFICADO | NO APLICA |
| 5 | Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación (medico, en móvil básica del médico regulador ) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la dirección centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación, de las móviles adscritas al Programa de Atención Prahospitalaria. | NO APLICA PARA EL PERIODO CERTIFICADO | NO APLICA |
| 6 | Revisar periódicamente los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la móvil, cumplir con el registro en los formatos diseñados, apoyar al equipo de calidad y seguimiento en la revisión periódica de las ambulancias. Garantizar la adecuada presentación personal e identificación como contratista de la Subred Sur; mantener una adecuada custodia de los equipos biomédicos, insumos y demás elementos de la móvil asignada, así mismo la entrega mensual de informe de actividades relacionadas con inventario. | NO APLICA PARA EL PERIODO CERTIFICADO | NO APLICA |
| 7 | Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención Prahospitalaria programados por el DUES y/o la SUBRED SUR E.S.E. | NO APLICA PARA EL PERIODO CERTIFICADO | NO APLICA |
| 8 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato. | se cumple con las actividades asignadas por la coordinación del programa | libro de novedades, libro de recibo y entrega de turno |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 2.013.480 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 8 | 2021 | 09 | 13 | 9423554194 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES TRECE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA 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 | COLFONDOS | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| SALUD | | SURA | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 4 | SURA | | $ - | $ - |
| CAJA DE COMPENSACION | SI | - | | $ 259.000 | $ 259.000 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 4870427772 |
|---|---|---|---|---|---|

MAGDA CAROLINA RIAÑO ORTEGA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.495.512
CC. NO. CONTRATISTA

LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52495512 | | RIAÑO ORTEGA MAGDA CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle30d sur 6 10 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-08 | 2021-08 | 08521245 | 9423554194 | I | 2021/09/03 | 2021/09/13 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $259,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $259,000 | $0 | $0 | $259,000 |



2021/09/13 01:29 PM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52495512 | | RIAÑO ORTEGA MAGDA CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle30d sur 6 10 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-08 | 2021-08 | 08521245 | 9423554194 | I | 2021/09/03 | 2021/09/13 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $259,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52495512 | RIAÑO MAGDA | 231001 | 30 | $908,526 | $145,400 | EPS010 | 30 | $908,526 | $113,600 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |



2021/09/13 01:29 PM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52495512 | | RIAÑO ORTEGA MAGDA CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle30d sur 6 10 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-08 | 2021-08 | 08521245 | 9423554194 | I | 2021/09/03 | 2021/09/13 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $259,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52495512 RIAÑO MAGDA | 231001 | 30 | $908,526 | $145,400 | EPS010 | 30 | $908,526 | $113,600 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |



2021/09/13 01:29 PM

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 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | cuenta magda abril.html (Archivado) | cuenta magda abril.html | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAGDA RIAÑO-ABRIL -CTO 4709-2021.html | MAGDA RIAÑO-ABRIL -CTO 4709-2021.html | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAGDA RIAÑO , JUNIO - CTO 004709.html | MAGDA RIAÑO , JUNIO - CTO 004709.html | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAGDA RIAÑO, MAYO- CTO 004709.html | MAGDA RIAÑO, MAYO- CTO 004709.html | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAGDA RIAÑO JULIO.pdf | MAGDA RIAÑO JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAGDA RIAÑO. AGOSTO /004709 | MAGDA RIAÑO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >