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:** | ESTEFANY PAOLA VEGA DOMINGUEZ | | **Cédula:** | 1049633717 | | |
| **Correo Electrónico:** | estefany-vegad@hotmail.com | | **Teléfono(s):** | 3002546015 | | |
| **Nombre del Supervisor - Planta:** | DRA NANCY STELLA TABAPES RAMIREZ | | **Cargo:** | Director Tecnico | **Codigo-Grado:** | 009-05 |
| **Nombre del Supervisor - Contratista:** | | | **Perfil** | | **No. CTO:** | |
| **Apoyo tecnico a la supervision - Planta:** | | | **Cargo:** | | **Codigo-Grado:** | |
| **Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:** | Patricia Astrid Perez Urrego | | **Perfil** | Referente de laboratorio clinic | **No. CTO:** | 3066-2021 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO CONTRATO:** | 001824 | **Año Contrato:** | 2021 | **C.D.P. CONTRATO INICIAL :** | 72 |
| **PERFIL:** | BACTERIOLOGA | | | | |
| **DIRECCION A LA QUE PERTENECE:** | Servicios Complementarios | | | | |
| **UNIDAD DE SERVICIOS :** | | | | | |

## 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** | Mostrar | | | | | | | |
| **DIRECCION COMPLEMENTARIOS** | | | | | | | | |
| LABCRATORIO Y ANALISIS CLINICO - USS EL TUNAL | | TUNAL | L07TN | 180 | | $ 16.500 | $ 2.970.000 | 100,00% |
| **CONVENIO APH** | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | 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:** | $ 2.970.000 | DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL 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 | 2021-05-01 | 2021-06-30 | 1 | $ 5.940.000 | 954 | 1 | | |
| 2 | 2021-07-01 | 2021-08-31 | 2 | $ 2.673.000 | 1588 | 2 | Febrero | $ 2.772.000 |
| 3 | 2021-09-01 | 2021-31-10 | 3 | $ 6.138.000 | 2028 | 3 | Marzo | $ 3.168.000 |
| 4 | 2021-11-01 | 2021-12-31 | 4 | $ 6.484.500 | 2700 | 4 | Abril | $ 2.970.000 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 2.970.000 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 2.970.000 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 2.970.000 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 3.217.500 |
| | | | | | | 9 | septiembre | $ 2.970.000 |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 9.207.000 | $ 30.442.500 | $ 24.007.500 | $ 6.435.000 |

## 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 con el perfilde Bacteriologo acorde la Lex Artis , según necesidad de la SUB RED E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS),Sistema Obligatorio de Grantia y Calidad (SOGC)y ademas normas concordantes. | Diligenciamiento de las planillas ,y recaudar el material exigido para cada prueba | Planillas de registro,consentimientos informados,mipres ,etc |
| 2 | Ejecutar el programa de control de calidad interno y extreno en cada una de las areas o secciones donde desarrole sus actividades | Verificar antes de empezar la jornada laboral que todos los insumos que se necesiten esten | Tubos ,isopaños,agujas ,etc |
| 3 | Apoyar la elaboracion ,actualizacion de formatos,protocolos,guias,procedimientos de laboratorio clinico y adherirse a los mismos, incluyendoel diligenciamiento del consentimiento informado,MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de Bioseguridad | Utilizar los elementos de bioseguridad y explicar al paciente el procedimiento a realizar | Aplicar todos los protocolos establecidos por la subred para la toma de muestra |
| 4 | Dar instrucciones claras y precisas con respecto a las condiciones adecuadas en la toma de muestras,a los diferentes servicios y auxiliares de laboratorio para garantizar calidad y veracidad de lo resultados | Pasar las muestras a las secciones para que las bacteriologas realicen su procesamiento | Verificar que las muestras lleguen a su destino para que sean procesadas |
| 5 | Realizar acompañamiento permanente al personalbauxiliar de laboratorio a fin de garantizar la adherencia a los procesos y procedimentos institucioonales | Ingreso de los datos personales del paciente ,e ingreso de labortorios pedidos al sistema para su posterior procesamiento | Facturacion e ingreso al sistema |
| 6 | Registrar en el sistema de informacion de laboratorio clinico toda la informacion de los resultados de examenes diagnosticos de laboratorio que realice al paciente,simultanea o inmediatamente despues de su | Actividades informadas por el Bacteriologo para realizar o corregir | Planillas de trabajo |
| 7 | Diligenciar los resultados criticos de laboratorio clinico en el formato institucional y reportar de manera inmediata a traves de los medios definidos al servicio tratante,asi mismo validar con oportunidad,claridad,precision los resultados de paraclinicos que se realicen segun orden medica | Facturacion,ingreso ,alistar las muestras ,distribuirlas a las secciones ,limpieza ,etc | Planillas ,abal del bacteriologo de turno |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V6 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8 | Asumir el valor de la cotización al Sistema de Riesgos Laborales, cuando la afiliación de EL CONTRATISTA, corresponda a riesgo IV o V. DECIMA - SUPERVISIÓN: La Supervisión del presente contrato, estará a cargo de DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS, quien certificará el cumplimiento de las obligaciones contractuales previa presentación de la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral: Salud, | Realizacion de las contribuciones mensuales a los sistemas de seguridad social en salud, según lo establecido por la legislación colombiana. | Soportes de pago de las planillas con numero de consecutivo. |

## 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 | 8 | 2021 | 09 | 10 | 53259736 | | $ 3.217.500 |

| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS | TRES MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS 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 | porvenir | $ 1.287.000 | $ 205.900 | $ 206.000 |
| SALUD | | famisanar | | $ 160.900 | $ 160.900 |
| ARL | 3 | positiva | | $ 31.400 | $ 31.400 |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 398.200 | $ 398.300 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCOLOMBIA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 78814616800 |
|---|---|---|---|---|---|

Estefany Vega

ESTEFANY PAOLA VEGA DOMINGUEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.049.533.717
CC. NO. CONTRATISTA

Patricia Astrid Perez Urrego
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
Referente de laboratorio clinico

Ney T.

DRA NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
Director Tecnico

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 | 1049533717 | ESTEFANY PAOLA VEGA DOMINGUEZ | | CALLE 40 Sur 72Q-25 | 9348138 | ESTEFANY-VEGAD@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 |
| 2021-08 | 2021-08 | I | 2021/09/10 | 53259736 | $398.300 |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 160.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 160.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-8 | 206.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 206.000 | 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 | 31.400 | | | | 31.400 | 0 | 0 | 31.400 | | | 314 | 31.400 | 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 | 160.900 | 160.900 |
| Pensión | 1 | 206.000 | 206.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.400 | 31.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 398.300 | 398.300 |

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 | 1049533717 | ESTEFANY PAOLA VEGA DOMINGUEZ | | CALLE 40 Sur 72Q-25 | 9348138 | ESTEFANY-VEGAD@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-08 | 2021-08 | I | 2021/09/10 | 53259736 | $398.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotizante extranjero | Estudiante | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 | 1049533717 | VEGA DOMINGUEZ ESTEFANY PAOLA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | | 231001 | 1.287.000 | 206.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.287.000 | 160.900 | 14-11 | 1.287.000 | 3 | 31.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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

< 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ESTEFANY VEGA-CTO 1824-CTA ABRIL 2021.pdf | ESTEFANY VEGA-CTO 1824-CTA ABRIL 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ESTEFANY PAOLA VEGA-CTO 1824-MAYO 2021.pdf | ESTEFANY PAOLA VEGA-CTO 1824-MAYO 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ESTEFANY PAOLA VEGA-CTO 1824-MARZO (1) (2).pdf | ESTEFANY PAOLA VEGA-CTO 1824-MARZO (1) (2).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | FEBRERO-ESTEFANY VEGA-CTO1824-2021-BACTERIOLOGA (3).pdf | FEBRERO-ESTEFANY VEGA-CTO1824-2021-BACTERIOLOGA (3).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ESTEFANY PAOLA VEGA - CTO 1824 - JUNIO 2021.pdf | ESTEFANY PAOLA VEGA - CTO 1824 - JUNIO 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ESTEFANY PAOLA VEGA-CTO 1824-JULIO 2021.pdf | ESTEFANY PAOLA VEGA-CTO 1824-JULIO 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ESTEFANY PAOLA VEGA - CTO 1824 - AGOSTO 2021.pdf | ESTEFANY PAOLA VEGA - CTO 1824 - AGOSTO 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >