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:	ANGELA LORENA OLMOS SILVA		Cédula:	1070327296			
Correo Electrónico:	angelita_alos24@hotmail.com		Teléfono(s):	3112642284			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:	CODIGO 242 GRADO 28	
Nombre del Supervisor - Contratista:	YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	FABIAN SNEIDER SANABRIA		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:	2855	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001414	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MEDICO GENERAL				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION				
UNIDAD DE SERVICIOS :	VISTA HERMOSA				

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	Ocultar							
HOSP MEDICINA INTERNA - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	I06VB	180		$ 33.570	$ 6.042.600	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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:	$ 6.042.600	SEIS MILLONES CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS 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		
						2	Febrero	$ 7.653.960
						3	Marzo	$ 6.445.440
						4	Abril	$ 5.841.180
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$14.099.400	955	5	Mayo	$ 6.848.280
						6	Junio	$ 6.445.440
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 3.961.260	1575	7	Julio	$ 9.466.740
3	2021-07-01	2021-08-31	3	$ 469.980	1575	8	Agosto	$ 5.639.760
	2021-09-01	2021-10-31	4	$18.127.800	2272	9	Septiembre	$ 6.042.300
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 24.170.400	$ 60.828.840	$ 54.383.100	$ 6.445.740

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	REALIZAR ACTIVIDADES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS CON PLENA AUTOOMIA DE ACUERDO A LAS GUIAS Y PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES	HACER USO DE NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LAS DISPOSICION DE INSUMOS FARMACOLOGICOS CON LOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION	FORMULA DE MEDICAMENTOS, HISTORIA CLINICA
2	CONOCER Y APLICAR LAS GUIAS DE ATENCION , PROTOCOLOS, MANUALES Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES EN ESPECIAL LOS RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETIVO CONTRACTUAL	HACER USO DE NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LAS DISPOSICION DE INSUMOS FARMACOLOGICOS CON LOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION	FORMULA DE MEDICAMENTOS, HISTORIA CLINICA
3	REALIZAR ATENCIONDE CONSULTA DE URGENCIAS, TRIAGE, EVOLUCION EN HOSPITALIZACION, OBSERVACION , ATENCION DE GASTANTES, ATENCION DE PARTO DE ACUERDO A LAS GUIAS DE ATENCION , PROTOCOLOS Y PROCEDMIENTOS INSTITUCIONALES.	BASADO EN LA EVIDENCIA CLINICA REALIZAR FORMULACION PERTINENTE	FORMULA MEDIAS PAUTADAS
4	CONOCER Y APLICAR LA POLITICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LOS CUIDADOS EN SALUD Y LOS 5 MOMENTOS DE LA HIGUENIZACION DEL LAVADO DE MANOS	CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS AL PIE DE LA LETRA	HISTORIA CLINICA, LISTAS DE CHEQUEO

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

5	CONOCER Y NOTIFICAR ADECUADAMENTE Y/U OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS DE SEGUIMIENTO EN SALUD PUBLICA COMO LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD AL REFERENTE DE IAAS	REALIZAR EVOLUCION DE PACIENTE HOSPITALIZADOS, OBSERVACION Y GENRAL. PLANES DE MANEJO	HISTORIA CLINICA, PLANES DE MANEJO Y EVOLUCION CLINICA
6	EFECTUAR EL SEGUIMIENTO AL PERSONAL PARAMEDICO FRENTE A LA ADHERENCIA A LAS POLITICAS DE IAAS Y A LA ESTRATEGIA DE LAVADO DE MANOS , ASI COMO EL USO ADECUADO DEL UNIFORMA QUIRURGICO	REALIZAR EVOLUCION DE PACIENTE HOSPITALIZADOS, OBSERVACION Y GENRAL. PLANES DE MANEJO	HISTORIA CLINICA
7	LAS DEMAS ACTIVIDADES INHERENTES DEL OBJETO CONTRACTURAL QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, ASI DEPENDIENDO DE LAS NECESIDADEES DEL SERVICIO O LA UNIDAD A LA QUE SEA REQUERIDO	CUMPLIMIENTO DE METAS Y COMPROMISOS ASIGNADOS	HISTORIA CLINICA
8	ENTREGA MENSUAL AL SUPERVISOR DEL CONTRATO EL RESPECTIVO INFORME DE ACTIVIADES DESARROLLADAS DENTRO DEL OBJETO CONTRACTUAL	PRESENTACION DE CUENTAS DE COBRO Y ACTIVIDADES	FORMATO PERTINENTE
9	BRINDAR INFORMACION Y ATENCION HUMANIZADA AL CLIENTE EXTERNO Y Y ESTABLECER RELACIONES DE COORDIALIDAD CON EL CLIENTE INTERNO DE LA SUBRED	APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCION DE URGENCIAS Y TRATO HUMANIZADO	HISTORIA CLINICA
10	CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED	APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCION DE URGENCIAS Y TRATO HUMANIZADO	DILIGENCIAMEINTO DE FORMATOS PERTINENTES

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 5.639.760
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	8	2021	09	13	53142086		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA 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	$ 2.255.904	$ 360.900	$ 361.000
SALUD		SANITAS		$ 282.000	$ 282.000
ARL	3	SURA		$ 55.000	$ 55.000
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 697.900	$ 698.000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	66928148824

ANGELA LORENA DEMOS SILVA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.070.327.296
CC. NO. CONTRATISTA

YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL AREA DE SALUD

FABIAN SNEIDER SANABRIA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL AREA DE SALUD

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	1070327296	ANGELA LORENA OLMOS SILVA		CR 35 BIS # 2 -- 54	8022048	angelita_alos24@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	13/09/2021	53142086	$743.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	282.000	0		0		0	0	0	0	282.000	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	361.000	0	0	0	0	0	0		361.000	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	55.000				55.000	0	0	55.000			550	55.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	45.200	0	0	45.200	1

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	282.000	282.000
Pensión	1	361.000	361.000
Riesgos Laborales	1	55.000	55.000
CCF	1	45.200	45.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	743.200	743.200

PAGADA

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	1070327296	ANGELA LORENA OLMOS SILVA	CR 35 BIS # 2 – 54	8022048	angelito_alos24@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	13/09/2021	53142088	$743.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Permanente	VSP	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	N	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. 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	1070327296	OLMOS SILVA ANGELA LORENA	59	0			N															230301	2.255.904	361.600	0	0	0	0	EPS005	2.255.904	282.000	14-11	2.255.904	3	55.000	CCF24	2.255.904	45.200	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

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		
☐	Febrero-1414.pdf	Febrero-1414.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Marzo-1414.pdf	Marzo-1414.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Abril-1414.pdf	Abril-1414.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Mayo-1414.pdf	Mayo-1414.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Junio-1414.pdf	Junio-1414.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Julio-1414.pdf	Julio-1414.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Agosto-1414.pdf	Agosto-1414.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CERTIFICADO de APROVECHAMIENTO

Hace constar que

OLMOS SILVA ANGELA LORENA

ha completado el curso

INDUCCIÓN SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

EXAMEN INDUCCIÓN Calificación: -

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

OLMOS SILVA ANGELA LORENA

1070327296

Desarrollo el Curso de

CÓDIGO DE INTEGRIDAD

Fecha: 26 noviembre 2020

Horas de crédito: 8

M86MptopoE

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
S.u.E.S.E.

BOGOTÁ

02/09/21

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

OLMOS SILVA ANGELA LORENA

1070327296

DESPLIEGUE SEGUNDA OPINIÓN

WR3cz8H0BC

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

7eT00FvEks

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

OLMOS SILVA ANGELA LORENA

1070327296

Recibió actualización en RESPONSABILIDAD SOCIAL con una intensidad de 08 horas

Para constancia se firma

septiembre 2, 2021

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

BOGOTÁ