

 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							
Período a Certificar:	Desde:	01-sep.-21		Hasta:	30-sep.-21		
Nombre del Contratista:	ANGELA DENISSE GONZALEZ MALDONADO			Cédula:	1.010.179.565		
Correo Electrónico:	ancrri-29@hotmail.com			Teléfono(s):	3124438037		
Nombre del Supervisor - Planta:	LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ			Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Código-Grado:	5010
Nombre del Supervisor - Contratista:				Perfil:		No. CTO:	
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:				Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:				Perfil:		No. CTO:	
DATOS DEL CONTRATO							
NO CONTRATO:	004740	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	203	0	\$ 10.107	\$ 2.051.721	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:	\$ 2.051.721		DOS MILLONES CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTIUN 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 SEGUN MES CERTIFICADO	VALOR A PAGAR
1	2021-10-01	2021-10-31	1	\$ 59.220	991	1	Mayo \$ 1.895.040
			2	\$ 1.940.544	2693	2	Junio \$ 1.776.600
						3	Julio \$ 1.776.600
						4	Agosto \$ 1.895.040
						5	Septiembre \$ 1.776.600
						6	Octubre \$ 2.051.721
						7	
						8	
						9	
						10	
						11	
						12	
						13	
						14	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	
\$ 9.179.100		\$ 11.178.864		\$ 11.171.601		\$ 7.263	

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO 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 Habitación de Servicios de Salud Vigente.	Se prestan servicios como Auxiliar de enfermería en las móviles de atención pre-hospitalaria según programación de actividades mensual	programación de actividades mensual
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, consultando con los procedimientos guías y protocolos de la Subred Sur para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria.	se reciben los despachos generados por el CEUE, generando oportunidad en la atención de pacientes bajo los lineamientos establecidos	registro de atención, bitácora de traslados
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 red, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Prehospitalaria, además de cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas y canch) durante el desarrollo de las actividades contractuales.	Se realiza la entrega y recibo de turno en los tiempos establecidos para esta actividad, así mismo se reportan las novedades presentadas.	libro de entrega y recibo de turno

 ALCALDIA MAYOR DE RIOFRIO D.C.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-PT-11 V6
4	<p>Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (revisor 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 reportes, 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.</p>	<p>Se realiza el diligenciamiento de los registros de atención de pacientes, cumpliendo los lineamientos mínimos de la resolución 1995 de 1999, de igual forma se diligencian los demás formatos requeridos.</p>	registro de atención de pacientes
5	<p>Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación (médico, 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 Prehospitalaria.</p>	<p>Se acatan y se realizan los procedimientos ordenados por el médico de la tripulación y/o el médico regulador</p>	registros de atención, libro de novedades
6	<p>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 Salud 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.</p>	<p>Se realizan los inventarios mensuales de los insumos y elementos de la móvil, de igual forma se realiza el Kardex diario de los insumos.</p>	formato de inventario mensual y de kardex
7	<p>Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención Prehospitalaria programados por el DUES y/o la SUBRED SUR E.S.E.</p>	<p>se asisten a las reuniones programadas por la coordinación de APH</p>	Estado asistencia a reuniones
8	<p>Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.</p>	<p>se cumple con las actividades asignadas por la coordinación del programa</p>	libro de novedades, libro de recibo y entrega de turno
INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL			
PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL: AÑO MES AÑO MES DIA 2021 9 2021 10 12		NUMERO DE PLANILLA 53718541	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR \$ 1.776.600
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS			
ÍTEM PENSIONADO NO SALUD ARL 4 CAJA DE COMPENSACION SI		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL PORVENIR COMPENSAR SURA COMPENSAR	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN \$ 908.526
		VALOR MÍNIMO DE LOS APORTES \$ 145.400 \$ 113.600 \$ - \$ 259.000	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV \$ 145.400 \$ 113.600 \$ - \$ 259.000
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO			
ENTIDAD BANCARIA: BISA CREDITO		TIPO CUENTA: AHORROS	NRO CUENTA: 883116113
 ANGELA DENISE GONZALEZ MALDONADO NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 1.010.179.965 CC. NO. CONTRATISTA		 JULIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ NOMBRE DEL SUPERVISOR PROFESIONAL ESPECIALIZADO	
0 NOMBRE DEL APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 0			
2021-02-12			

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$277.200

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1010779965	ANGELA DENISSE GONZÁLEZ MALDONADO	calle 80 sur n 68 b n 39 tr 4	3124438037	anchr-28@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Licencia Maternidad
EPS008	Compensar EPS	880068942-7	113.600	0	0

TOTALES PENSIÓN					
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante
230301	Porvenir		145.400	0	0

TOTALES RIESGOS LABORALES					
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor

TOTALES CAJAS					
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja	880068942-7	18.200	0	0

TOTALES PARAFISCALES					
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LIMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	277.200	277.200

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2021-09	2021-09	I	12/10/2021	53715841
				\$277 200
				TOTAL A PAGAR
				1
				EMPLADOS
				UPC
				CANTIDAD
				0

DETALLE POR COTIZANTE

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.6623011

Documentos del Contrato
Información Presupuestal
7. Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Requerimientos

Plan de Pagos

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
☐	ANGELA GONZALEZ.pdf	ANGELA GONZALEZ.pdf	Proveedor
☐	MAYO.pdf	MAYO.pdf	Proveedor
☐	ANGELA GONZALEZ JUNIO.pdf	ANGELA GONZALEZ JUNIO.pdf	Proveedor
☐	cuenta julio.pdf	cuenta julio.pdf	Proveedor
☐	cuenta de cobro agosto.pdf	cuenta de cobro agosto.pdf	Proveedor
☐	SEPTIEMBRE CTN NO 4740-2021 ANGELA GONZALEZ.pdf	SEPTIEMBRE CTN NO 4740-2021 ANGELA GONZALEZ.pdf	Proveedor
			Borrar Cargar nuevo



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

n0jZAiEpU1

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

GONZALEZ MALDONADO ANGELA DENISSE

1010179965

Recibió actualización en INDUCCION ATENCION PRE HOSPITALARIA (APH)
con una intensidad de 12 horas

Para constancia se firma

21 de octubre de 2021

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100