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 V7

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-ago.-22	Hasta:	18-ago.-22			
Nombre del Contratista:	EGDA LILIANA ORTIZ HERNANDEZ		Cédula:	1033660221			
Correo Electrónico:	lilianaortizhdez@gmail.com		Teléfono(s):	3227067213			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	ARGEMIRO RINCON ORTIZ		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:	7898	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	7576-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	2986
PERFIL:	MEDICO GENERAL				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO				
UNIDAD DE SERVICIOS :	SANTA MARTA				

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	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Ocultar							
PIC OTROS PROYECTOS SALUD PUBLICA - CONVENIO 0016/2021		SANTA MARTA	K33P1016				$ 3.366.451	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3.366.451	TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		19/10/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/11/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-12-01	2022-01-31	1	$ 9.047.337	3396	1	Enero	$ 6.312.096
2	2022-02-01	2022-03-31	2	$ 18.936.288	3590	2	Febrero	$ 6.312.096
3	2022-04-01	2022-06-16	3	$ 22.302.739	707	3	Marzo	$ 6.312.096
4	2022-06-17	2022-08-16	4	$ 2.936.741	1657	4	Abril	$ 6.312.096
			5	$ 3.366.451	2172	5	Mayo	$ 6.312.096
						6	Junio	$ 6.312.096
						7	Julio	$ 6.303.192
						8	Agosto	$ 3.366.451
						9		
						10	Octubre	$ 2.735.241
						11	Noviembre	$ 6.312.096
						12	Diciembre	$ 6.312.096
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.312.096	$ 62.901.652	$ 62.901.652	$ -

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.Atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	Atencion de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante cada visita independiente de su régimen de afiliación.	historia clinica
	2. Realizar la caracterización de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital).	realizacion de la caracterizacion de los riesgos sociales y de salud de la familia teniendo en cuenta las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clinica Digital).	formulario de recoleccion e historia clinica
	3. Apoyar al auxiliar de enfermería en las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	apoyo al auxiliares de enfermeria en las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	formulario de recolección e historia clinica
	4. Una vez entregados los usuarios y claves de acuerdo al operador dispuesto en cada subred, registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, teniendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personas en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar.	registros de las historias clínicas digitales, por medio de la plataforma dinamica web, ademas de solicitud de interconsultas, examenes de laboratorios, formulacion de medicamentos según pertinencia y teniendo encuenta la poblacion en riesgo especialmente del regimen capital salud	historia clinica
	5 Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora.	se realizan recomendaciones de conductas a seguir a los pacientes valorados en consulta medica	historia clinica
	6.Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida.	se verifica que todos los miembros del hogar pertenezcan a un regimen de afiliacion en salud, de esta manera puedan ingresar a la ruta de mantenimiento y promocion de la salud	formulario de recolección de datos

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 V7

	7. Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para ¡lue desde allí se gestione la afención correspondiente, y suministrar al Técnico Auxiliar en Enfermería los datos que deben ser registrados en la herramienta para tal fin.	apoyo directo al auxiliar de enfermería en datos correspondientes a la afiliación de los miembros de las familias y se identifican todas aquellos personas que cuenten con regimen diferente a capital salud	formulario de recolección de datos
	8.Si en su ejercicio de diagnóstico identifica eventos de interés en salud pública vigilados en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc), el médico debe (i) diligenciar y firmar la Ficha de Notificación individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud - INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente.	identificación de enfermedades de interés social, para realizar la adecuada notificación, para control pertinente	ficha de notificación individual, historias clínicas
	9. Diariamente realizar la corrección de las fichas de caracterización que sean reportadas con incumplimiento de los requisitos de calidad por el Instrumento de validación establecido.	corrección de las fichas de caracterización que sean reportadas con incumplimiento de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido.	ficha de caracterización
10	10. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	organización de los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad	historia clínica y formulario de recolección de datos
11	11. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	realización de las actividades establecidad por la sub red sur bajo el lineamiento de la secretaria de salud	archivo documental
12	12. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	registro de la información en los documentos pertinentes	historia clínica y formulario de recolección de datos
13	13. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. 12. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. 13. Las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad	ubicación de los lugares a visitar teniendo en cuenta la información brindada por geografo	mapas y guias de rutas
14	Las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad.	actividades acordadas con el supervisor	plan de trabajo
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 6.303.192
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2022	7	2022	08	09	9438594409		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: SEIS MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL CIENTO NOVENTA Y 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	COLPENSIONES	$ 2.521.277	$ 403.400	$ 404.000
SALUD		COMPENSAR		$ 315.200	$ 315.700
ARL	3	SURA		$ 61.400	$ 61.600
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 780.000	$ 781.300

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	04550749144

Liana Ortiz H.

EGDA LILIANA ORTIZ HERNANDEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.083.680.221
CC. NO. CONTRATISTA

ARGEMIRO RINCON ORTIZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

Liliana M.

2021-02-12

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033680221		ORTIZ HERNANDEZ EGDA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 12 a # 56-15 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9230161	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-07	2022-07	1595064995	9438594409	1	2022/08/04	2022/08/09	BANCOLOMBIA	5	$784,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,524,838	$404,000		2	$2,524,838	$315,700			$0	$0		$2,524,838		$61,600		$0	$0		$781,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,524,838	$404,000			$2,524,838	$315,700			$0	$0		$2,524,838		$61,600		$0	$0		$781,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,524,838	$404,000			$2,524,838	$315,700			$0	$0		$2,524,838		$61,600		$0	$0		$781,300
1	CC	1033680221 ORTIZ EGDA																		25-14	30	$2,524,838	$404,000	EPS008	30	$2,524,838	$315,700		0	$0	$0	14-11	$2,524,838	2.4368	$61,600	0	$0	$0	No	$781,300
Total		**Afiliados(1)**																				$2,524,838	$404,000			$2,524,838	$315,700			$0	$0		$2,524,838		$61,600		$0	$0		$781,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033680221		ORTIZ HERNANDEZ EGDA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 12 a # 56-15 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9230161	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-07	2022-07	1595064995	9438594409	1	2022/08/04	2022/08/09	BANCOLOMBIA	5	$784,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$404,000	$1,800	$0	$405,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$404,000	$1,800	$0	$405,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$61,600	$300	$0	$61,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$61,600	$300	$0	$61,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$315,700	$1,400	$0	$317,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$315,700	$1,400	$0	$317,100
TOTAL				1	$781,300	$3,500	$0	$784,800

2022/08/09 11:37 AM

4G 12:40

S

serviciopse@achcolombia.com.co

Para: lilianaortizhdez@hotmail.com

Mié 6/07/2022 8:46



¡Hola, Egda Liliana Ortiz Hernandez

Gracias por utilizar los servicios de BANCO AV VILLAS y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la transacción: Aprobada
CUNE: 1539286047
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes oviedoc 443n175713
Valor de la Transacción: $ 291.300
Fecha de Transacción: de 07/06/22

Ten en cuenta estos tips de seguridad

▶Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera

Responder



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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluar

18 Ago, 2022 (UTC -5) 8:41:06

VER CONTRATO

Ayuda

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Salir

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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		
	NOTF-CTO-7576-2021.pdf	NOTF-CTO-7576-2021.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	CERTIFICADO ARL CTO-7576-2021.pdf	CERTIFICADO ARL CTO-7576-2021.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Octubre - Contrato N°7576-2021.pdf	Cuenta Octubre - Contrato N°7576-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOV CTO 7576-2021.pdf	CUENTA NOV CTO 7576-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DIC CTO 7576-2021.pdf	CUENTA DIC CTO 7576-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENE CTO 7576-2021.pdf	CUENTA ENE CTO 7576-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEB CTO 7576-2021.pdf	CUENTA FEB CTO 7576-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 7576-2021.pdf	CUENTA MARZO CTO 7576-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 7576-2021.pdf	CUENTA ABRIL CTO 7576-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 7576-2021.pdf.pdf	CUENTA MAYO CTO 7576-2021.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 7576-2021.pdf	CUENTA JUNIO CTO 7576-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CONT 7576-2021.pdf	CUENTA JULIO CONT 7576-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

NOMBRE DE LA REUNIÓN: ENTREGA DE ELEMENTOS DEVOLUTIVOS		
RESPONSABLE: LAURA RAMIREZ	SECRETARIO:	
REUNIÓN N°:	FECHA: 18/08/2022	HORA INICIO: 8:00 A.M
LUGAR: USS SANTA MARTA		HORA FINAL: 4.00 P.M

1. OBJETIVO:

DEVOLUCION DE ELEMENTOS DEVOLUTIVOS

2. PARTICIPANTES:
Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de "Listado de asistencia MI-SIG-SIG-FT-02

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA/USS	FIRMA
1	Liliana Ortiz H	Medico	lilianaortiz1@	Territorio 5	Liliana Ortiz H
2	Laura Ramirez	Ase. Admon	laura.ramirez@	Territorio	Laura Ramirez
3					
4					
5					

3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)

NO APLICA

4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM: (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

NO APLICA

5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)

NO APLICA

6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:

Bajo el modelo de salud territorial en el Marco del desarrollo del convenio 0016 de la Uss Santa Marta, que tiene como OBJETO: "Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros para el fortalecimiento del Modelo de Salud, basado en Atención Primaria en Salud – APS, mediante la implementación de equipos interdisciplinarios para la atención de poblaciones en los territorios priorizados en el Distrito Capital.". en el cual los funcionarios registrados en la lista adjunta están vinculados, acorde con las necesidades del Servicio.

Los funcionarios que firman realizan devolución de los elementos devolutivos.

NOMBRE: EGDA LILIANA ORTIZ HERNANDEZ
No. DE DOCUMENTO: 1033680221
ROL: MEDICO
SEDE: USME

CPU: 5982 SE HIZO CAMBIO DE CPU EN NOVIEMBRE 2021 POR CPU 11474 SI **DEVUELVE EN PERFECTO ESTADO**
IMEI: 869162045553441 SI **DEVUELVE EN PERFECTO ESTADO**
MODEM: 866688041680773 SI **DEVUELVE EN PERFECTO ESTADO**
CHAQUETA: SI **DEVUELVE EN PERFECTO ESTADO**
GORRA: SI **DEVUELVE EN PERFECTO ESTADO**
MORRAL: SI **DEVUELVE EN PERFECTO ESTADO**
MALETA DE RUEDAS: SI **DEVUELVE EN PERFECTO ESTADO**

7. COMPROMISOS:

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha límite dd-mm--aa)	QUIEN (responsable)	VERIFICACION
HISTORIAS CLINICAS DIGITALES	REGISTRO EN DINAMICA	16/08/2022	MEDICO	OK
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	FISICO PARA ENTREGAR A AUXILIAR ADMON	16/08/2022	MEDICO	OK
REPORTE DE RUTEO AL DIA	ACTUALIZACION DE BASE	16/08/2022	MEDICO	OK
CASOS REPORTADOS AL SIRC	APLICATIVO DEL SIRC	16/08/2022	MEDICO	OK
CUMPLIMIENTO DE META	CUMPLIMIENTO DE PORCENTAJE ESTABLECIDO	16/08/2022	MEDICO	OK

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN Laura Ramirez

SECRETARIO REUNIÓN Laura Ramirez