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

Período a Certificar:	Desde:	01-ago.-22	Hasta:	16-ago.-22			
Nombre del Contratista:	LUDY MARCELA JIMENEZ NEGRETE		Cédula:	1030635060			
Correo Electrónico:	ludyjimenez21@gmail.com		Teléfono(s):	3015407692			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Código-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:	007573	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	K33PIO16				$ 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	2986	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	2022-08-15	4	$ 2.945.645	1657	4	Abril	$ 6.312.096
			5	$ 3.366.451	2172	5	Mayo	$ 6.312.096
						6	Junio	$ 6.312.096
						7	Julio	$ 6.312.096
						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	$ 62.910.556	$ 62.910.556	$ -

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
	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
	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 caracterización de los riesgos sociales y de salud de la familia teniendo encuenta las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (historia Clinica Digital).	formulario de recolección e historia clinica
	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 enfermería en las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	formulario de recoleccion e historia clinica
	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, refiriendo 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 clinicas digitales, por medio de la plataforma dinamica wed, 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
	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 recomedaciones de conductas a seguir a los pacientes valorados en consulta medica	historia clinica

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

	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 poderlos ingresar a la ruta de mantenimiento y promocion de la salud	formulario de recoleccion de datos
	Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia -SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en	apoyo directo al auxiliar de enfermeria en datos correspondientes a la afiliacion de los miembros de las familiar y se identifican todas aquellas personas que cuenten con regimen diferente a capital salud	formulario de recolección de datos
	Si en su ejercicio de diagnóstico identifica eventos de interés en salud pública visibles 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.	identicacion de enfermedades de interes social, para realizar la adecuada notificacion, para control pertinente	ficha de notificacion idividual, historias clinicas
	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	correcciòn de las fichas de caracterizaciòn que sean reportadas con incumplimiento de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido.	ficha de caraterizacion
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 clinica y formulario de recoleccion de datos
11	Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guia operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	realizacion de las actividades establecidad por la sub red sur bajo el lineamiento de la secretatria de salud	archivo documental

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 6.312.096
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2022	7	2022	08	19	60660786		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: SEIS MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL NOVENTA Y SEIS 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	$ 2.524.838	$ 404.000	$ 404.000
SALUD		SANITAS		$ 315.600	$ 315.700
ARL	3	SURA		$ 61.500	$ 61.600
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 781.100	$ 781.300

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA:	AHORROS	NRO CUENTA	4870490655

LUDY MARCELA JIMENEZ NEGRETE
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.030.685.060
CC. NO. CONTRATISTA

ARGEMIRO RINCON ORTIZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

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	1030635050	LUDY MARCELA JIMENEZ NEGRETE	CARRERA 73 N 25- 91 SUR	3015497692	LUDYJIMENEZ21@GMAIL.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	VPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	E	19/08/2022	60560796	$766.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Estado	Extranjero no obligado a cotizar pensión	Colombiano en el exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	DIAS COTIZADOS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Tarifa de Prima	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1030635050	JIMENEZ NEGRETE LUDY MARCELA	59	D			N														30	230301	2.534.839	404.600	0	0	0	0	EPS023	2.534.839	313.700	14-1	2.534.839	3	61.800		0	0	0	0	0	0	0

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	1030605000	LUDY MARCELA JIMENEZ NEGRETE		CARRERA 73 N 28- 81 SUR	3015407892	LUDYJIMENEZ27@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - 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	
2022-07	2022-07	I	19/08/2022	60560798	$786.100	

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	315.700	0		0		0	7	1.900	0	317.600	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	404.000	0	0	0	0	7	2.500	0	406.500	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	860039788-5	61.600				61.600	7	400	62.000			616	62.000	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

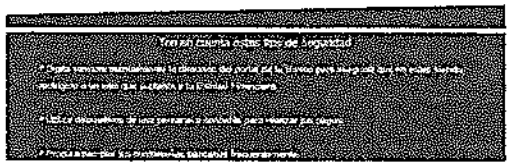
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, SFP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	315.700	317.600
Pensión	1	404.000	406.500
Riesgos Laborales	1	61.600	62.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	781.300	786.100

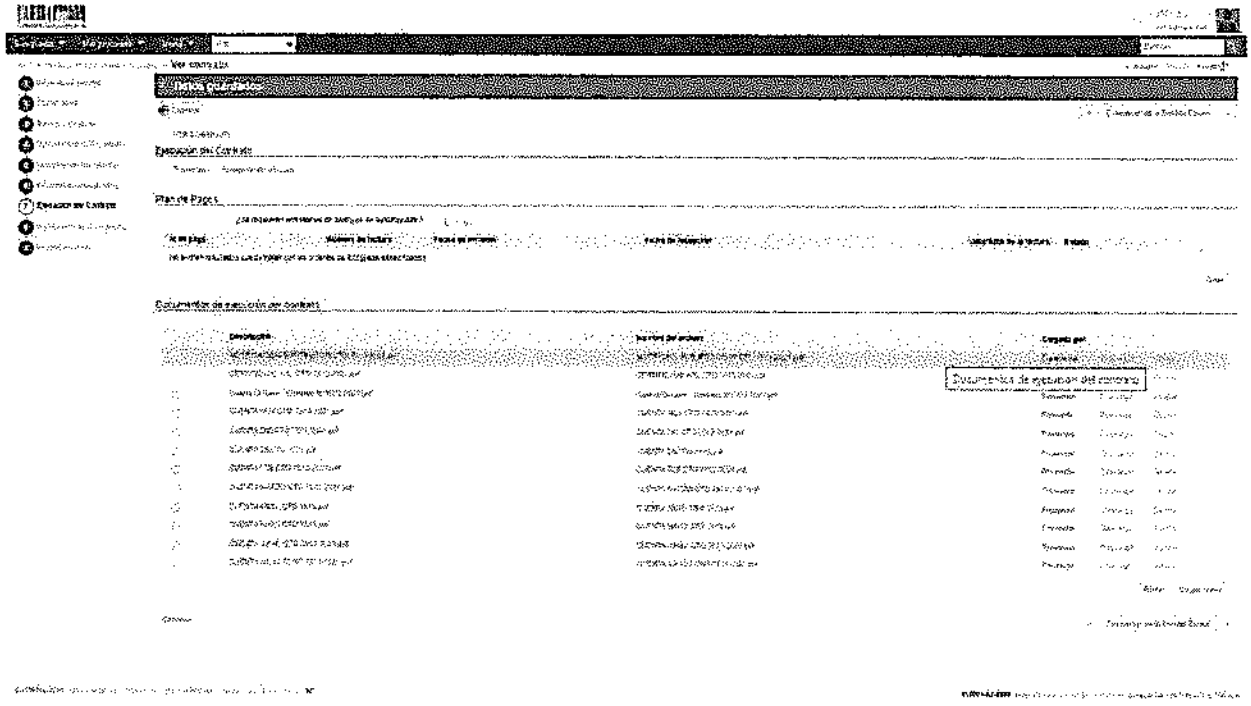
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



¡Hola, Ludy Marcela Jiménez Negrete

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE
los siguientes son los datos de tu transacción:





Documentos de ejecución del contrato

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	MI-SIG-SIG-FT-01 V4

NOMBRE DE LA REUNIÓN: DEVOLUCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS		
RESPONSABLE: JONATHAN GAITAN	SECRETARIO: JONATHAN GAITAN	
REUNIÓN N°:	FECHA: 17/08/2022	HORA INICIO: 8:00 AM
LUGAR: USS SIERRA MORENA		HORA FINAL: 9:00 AM

1. OBJETIVO:

REALIZAR LA DEVOLUCION DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS

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	Ludy Marcela Jiménez Negrete	Medico	Ludyjimenez21@gmail.com	Territorial	
2	Jonathan Zamith Gaitán	Aux Administrativo	Jonathanzamith1998@gmail.com	Territorial	
3					
4					
5					

3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)

1. SALUDO
2. REVICION DE BIOMEDICOS
3. ENTREGA DE BIOMEDICOS

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

N/A

5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)

N/A

6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:

SE REALIZA ENTREGA DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS EN PERFECTO ESTADO POR PARTE DE CADA UNO DE LOS EQUIPOS BASE; SE ADJUNTA LISTA DE CHEQUEO.

Se hace efectiva la devolución de los siguientes elementos institucionales por parte la medico LUDY MARCELA JIMENEZ NEGRETE en perfecto estado.

MODEM: 866688041657797
Chaqueta: S
Maleta Institucional Sencilla
Maleta de ruedas
Gorra institucional: coloca el respectivo denuncio, anexo por robo.
Computador: Portátil 5969
Celular: 869162046228308, se hace reposición de cargador y auriculares, no entrega caja.

7. COMPROMISOS:

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha límite dd-mm--aa)	QUIEN (responsable)

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN

SECRETARIO REUNIÓN

1076307732

DEVOLUCION DE EQUIPOS BIOMEDICOS

USS SIERRA MORENA

EB: 22
MEDICO: LUDY MARCELA JIMENEZ NEGRETE
AUXILIAR: ANDREA YOVANA LOAIZA

BIOMEDICOS	SERIAL	ESTADO
TALLIMETRO	C20031750	OK
FONENDO	GMD30-DCJ-ST13	OK
BASCULA	8008022131997 PENDIENTE CAJA	OK
DOPLER	CU0054790	OK
EQUIPO DE ORGANOS	CU0054782	OK
TERMOMETRO	P2004060205750	OK
OXIMETRO	21070300301	OK/REPOSICION
TENSIOMETRO	GMD20-T13	OK
CINTA METRICA	4G150BM	OK
MARTILLO	PD401G30078	OK
GLUCOMETRO	A501110H6044	OK

ENTREGA

FIRMA
CC. 1030635066

RECIBE

FIRMA
CC 1026302737.





La Policía Nacional de Colombia certifica que el día 19 mes 8 año 2022, a las 12:10 p. m El(La) señor(a) JIMENEZ NEGRETE LUDY MARCELA identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 1030635060 , reportó el extravío del(los) documento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Otro / Other		Gorra Institucional de la Sub red integrada de servicios de salud

La presente constancia será publicada por un tiempo de seis (6) meses en la página web y se podrá verificar en https://webrp.policia.gov.co:444/publico/buscador_constancia.aspx, mediante el número de consecutivo 103063506038639249.

La presente certificación no constituye documento de identificación y no tiene la validez de una denuncia penal.

Imprimir Constancia

© 2008 - POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA - Todos los Derechos Reservados, Carrera 59No 26-21, CAN, Bogotá D.C.