| | |
|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2023-09-01 | **Hasta:** | 2023-09-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | CAROLINA QUIROZ VARGAS | | **Número de Documento:** | 1024498218 | |
| **Correo Electrónico:** | Caromi29@hotmail.con | | **Número Telefónico:** | 3204520850 | |
| **Nombre del Supervisor:** | IVAN CADENA GRANDAS | **Cargo:** | JEFE OFICINA CALIDAD | **Código - Grado:** | 006-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3456-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 523 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | OFICINA DE CALIDAD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| T10SA | OFICINA DE CALIDAD | ADMINISTRATIVA | $4056200 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4056200** | **CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-06-01 | 2023-08-31 | 1 | $ 4056200 | 1760 |
| 2 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 2 | $ 4056200 | 2472 |
| 3 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 3 | $ 4056200 | 2861 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 4056200 |
| 2 | MARZO | $ 4056200 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 3 | ABRIL | $ 4056200 |
| 4 | MAYO | $ 4056200 |
| 5 | JUNIO | $ 4056200 |
| 6 | JULIO | $ 4056200 |
| 7 | AGOSTO | $ 4056200 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 20281000 | $ 32449600 | $ 28393400 | $ 4056200 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Realizar auditorias de adherencia a guias de practica clinica. | -Durante los seguimientos en los servicios de la unidad El Tunal. se realizó verificación de adherencia a normas de bioseguridad, adherencia a 5 momentos de la higiene de manos, técnica de higiene de manos, limpieza y desinfección de los servicios y de la empresa de aseo y adherencia a precauciones de aislamiento según corresponde por medio de la aplicación de listas de chequeo propias del programa de prevención de infecciones | -# de listas aplicadas en plataforma Almera (5 momentos de la higiene de manos, técnica de higiene de manos, limpieza y desinfección de los servicios, limpieza y desinfección de la empresa de aseo, seguimiento a catéter periférico, seguimiento a catéter urinario, verificación precauciones de aislamiento, normas de bioseguridad y lista de verificación servicio de alimentos resolución 2674). -Informe de los seguimientos a los servicios verificados en el mes de septiembre. |
| 2 | 2. Realizar actividades requeridas a fin de realizar seguimiento a indicadores de adherencia a lavado de manos, adherencia a protocolos de limpieza y desinfeccion y demas normas de bioseguridad asociadas, | ---Durante los seguimientos en la unidad El Tunal. se realizó verificación de adherencia a normas de bioseguridad, adherencia a 5 momentos de la higiene de manos, técnica de higiene de manos, limpieza y desinfección de los servicios y de la empresa de aseo con observación directa a cada profesional abordado y la posterior retroalimentación inmediata donde diere lugar. | -Durante el mes de septiembre se realizó profundización de en la verificación del cumplimiento de procesos de limpieza y desinfección en las avanzadas realizadas a cada servicio previo a la visita de la secretaria de salud para la habilitación. Se realizo toma de luminometrias como seguimiento a ocurrencia de casos por Acinectobacter Baumanni en las UCI del primer y tercer piso, además se realizo seguimiento de luminometrias en las habitaciones 308 y 309 de urgencias 3 piso donde se encontraron pacientes aislados con este mismo microorganismo. -# de listas de chequeo de técnica de higiene de manos, observación a 5 momentos de la higiene de manos, limpieza y desinfección de los servicios, limpieza y desinfección de la empresa de aseo y normas de bioseguridad aplicadas en los servicios abordados según cronograma establecido para el mes de septiembre. - Informe de luminometrias tomadas en UCI 1 y 3 PISO, además de luminometrias tomadas en habitaciones 308 y 309 de urgencias 3 piso. |


*© Siasur - 2023*

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 3 | 3. Realizar acompañamiento analisis de mortalidad materna, acompañando el planteamiento del plan de mejoramiento, | -No se realizó análisis de casos de mortalidad materna para el mes de septiembre del 2023 | -No se realizó análisis de casos de mortalidad materna para el mes de septiembre del 2023 |
| 4 | 4. Realizar acompañamiento a analisis de evento de interes en salud publica distrital y a nivel de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | -Se realizo mesa de trabajo con lideres de UCI donde se estableció continuar con medidas para mitigar la propagación o aparición de nuevos casos de Acinetoacter Baunanni | -- Acta de la mesa de trabajo realizada el 14 de septiembre del 2023 con lideres de UCI |
| 5 | 5. Realizar auditoria de apoyo de investigacion a seguridad del paciente y-o concurrentes. | -Se dio respuesta de caso reportado en Almera con respecto a aumento de temperatura y humedad en salas de cirugía | -- Acta de trazabilidad del caso reportado con líderes de salas de cirugía |
| 6 | 6. Participar en los analisis de infecciones asociadas a la atencion en salud, Fortalecer | -Se realizo seguimiento de los casos reportados como Acinetobacter Bumanii durante el mes de septiembre. | --Aplicación de listas de chequeo de paciente aislado, listas de dispositivos, listas de normas de bioseguridad y listas de procesos de limpieza y desinfección |
| 7 | 7. Apoyar en las unidades asistenciales a la gestion del evento adverso. | -Durante los seguimientos en los servicios de la unidad El Tunal. Se realizó fortalecimiento del reporte del evento adverso en la plataforma Almera | -Se describe actividad dentro de los informes de seguimiento a los servicios visitados. |
| 8 | 7. Hacer el acompañamiento a las visitas de los entes externos segun indicacion de la jefe de oficina, | --Se realiza acompañamiento durante verificación de comisión de secretaria de salud para la habilitación en el servicio de transporte asistencial | -Firma de asistencia del acompañamiento a la verificación del servicio |
| 9 | 8.Gestionar la correcta documentacion de actividades, procedimientos y recomendaciones de vigilancia epidemiologica para el programa de prevencion de infecciones, | -Se realizo capacitacion sobre la actualizacion del manual de limpieza y desinfeccion y del manual de Bioseguridad en los servicios de la unidad El Tunal | -Firma del personal abordado |
| 10 | 9. Realizar la entrega oportuna de informes periodicos de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atencion y programa de optimizacion de antimicrobianos que les sean requeridos. | -Se realizo envio de informes generados de la verificacion de los servicios en la unidad Tunal a los lideres de procesos | -Informes en formato indcado |
| 11 | 10. ser formador activo en las lineas de calidad. | -Durante los seguimientos en los servicios de la unidad El Tunal. Se realizó sensibilización sobre el reporte de evento adverso y humanización de los servicios a los profesionales abordados | -Descripción de la actividad en las observaciones realizadas dentro de los informes entregados |
| 12 | 11. Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institucion. | --Se participo en reunión virtual de la oficina de calidad de manera diaria. -Se participo en comité virtual del programa de infecciones para el mes de septiembre el dia 21 de septiembre del 2023 -Se realizo capacitación a personal en formación de las universidades Javeriana y Nacional el dia 26 de septiembre 2023 - Se participo en reunion interna de equipo de prevencion de infecciones | -- Durante el abordaje realizado en los servicios de la unidad El Tunal se socializo y aplico la estrategia de comparendos educativos con sus respectivos soportes aportados por cada colaborador sobre actividad requerida por la infección realizada. -Firma de asistencia |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 4056200 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 70303964 | | |
| 2023 | AGOSTO | 2023 | 09 | 11 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1622480 | $ 259597 | $ 261100 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 202810 | $ 204100 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 39524 | $ 39900 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 470876** | $ 505100 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870371962 |
|---|---|---|---|---|---|

Carolina Quiroz Vargas

**CAROLINA QUIROZ VARGAS**
**1024498218**

**IVAN CADENA GRANDAS**
**JEFE OFICINA CALIDAD**


*© Siasur - 2023*

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 | 1024498218 | CAROLINA QUIROZ VARGAS | CR 79 I 62 34 SUR | 7772978 | caromi29@ghotmail.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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 11/09/2023 | 70303964 | $505.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 202.900 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 1.200 | 0 | 204.100 | 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 | 259.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1.500 | 0 | 261.100 | 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 | 39.600 | | | | 39.600 | 5 | 300 | 39.900 | | | 396 | 39.900 | 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 | 202.900 | 204.100 |
| Pensión | 1 | 259.600 | 261.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 39.600 | 39.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 502.100 | 505.100 |

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 | 1024498218 | CAROLINA QUIROZ VARGAS | CR 79 I 62 34 SUR | 7772978 | caromi29@ghotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | 1 – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | NO |

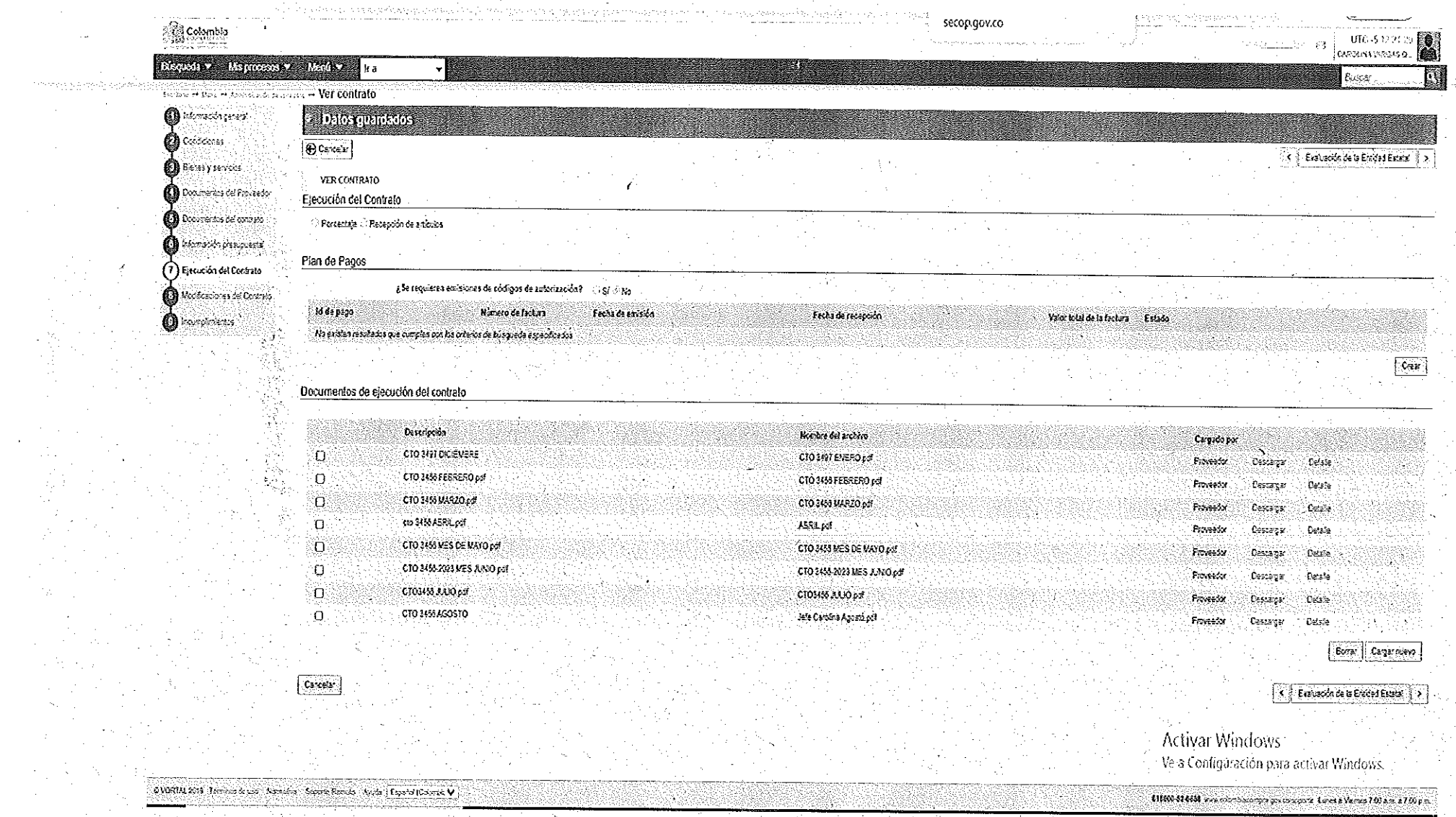
| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | 1 | 11/09/2023 | 70303964 | $505.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el exterior | Estudiante | ING | 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 | 1024498218 | QUIROZ VARGAS CAROLINA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1,622,480 | 259,600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1,622,480 | 202,900 | 14-11 | 1,622,480 | 3 | 39,600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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


secop.gov.co
Colombia Compra Eficiente
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del proceso
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
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
CTO 3497 DICIEMBRE
CTO 3497 ENERO.pdf
CTO 3456 FEBRERO.pdf
CTO 3456 MARZO.pdf
cto 3456 ABRIL.pdf
CTO 3456 MES DE MAYO.pdf
CTO 3456-2023 MES JUNIO.pdf
CTO3456 JULIO.pdf
CTO 3456 AGOSTO
Jefe Carolina Agudelo.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
VORTAL 2019
Español (Colombia)