| 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 | SIASUN |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2024-01-01 | **Hasta:** | 2024-01-31 | |
| **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:** | 7762-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 3982 |
| **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** | | 2023-12-15 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-01-31 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2024-01-01 | 2024-01-31 | 1 | $ 4056200 | 157 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | DICIEMBRE | | $ 2028100 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2028100 | $ 6084300 | $ 2028100 | $ 4056200 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar búsqueda activa de posibles casos de la línea IAAS y cuidado de la salud seguridad del paciente | -Durante el mes de enero, se realizó de manera diaria búsqueda activa en los servicios de UCIS, hospitalización y urgencias de la unidad El Tunal - Se realizo revisión de 10 historias clínicas captadas en la base de IAAS correspondientes al mes de enero -se revisó caso reportado desde seguridad del paciente en plataforma almera con código 2410244 | -Base de búsqueda activa del mes de enero -Base de historias confirmadas y descartadas - análisis del suceso en plataforma Almera |
| 2 | Realizar actividades de educación y prevención en eventos IAAS en los servicios asistenciales en las unidades de la Subred Sur E.S.E. | --Durante los seguimientos realizados en los servicios de la unidad El tunal durante el mes de enero se realizó educación sobre normas de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección de los servicios y de la empresa de aseo y protocolo precauciones de aislamiento. - Se realizo capacitación a estudiantes de medicina y bacteriología sobre normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, estrategia multimodal de higiene de manos y protocolo de aislamiento - S realizo capacitación a personal e la empresa de aseo POWER sobre las líneas de intervención del programa de infecciones | -Acta y firma de asistencia del personal en cada servicio abordado Firma de asistencia a la capacitación de los estudiantes evaluados 3. Realizar educación en la estrategia multimodal lavado de manos en las unidades de la Subred Sur |
| 3 | Realizar educación en la estrategia multimodal lavado de manos en las unidades de la Subred Sur E.S.E. | -Durante los seguimientos realizados en el mes de enero en los servicios de la unidad El Tunal se realizó educación y verificación de adherencia a 5 momentos de la higiene de manos, técnica de higiene de manos a cada perfil abordado - Durante los viernes del mes de enero se desarrollo en la unidad El tunal la estrategia de "viernes de lavado de manos " | --# de listas aplicadas en plataforma Almera (5 momentos de la higiene de manos, técnica de higiene de manos - evidencia fotografía lista de asistencia del personal abordado en la estrategia "viernes de lavado de manos " |
| 4 | Hacer seguimiento a insumos, jabón, alcohol glicerinado para los dispensadores de la Subred Sur E.S.E. | -Durante los seguimientos diarios realizados durante el mes de enero a los servicios de la unidad El Tunal se realizó verificación de la existencia de insumos de higiene de manos en los dispensadores, así como la verificación de las condiciones óptimas de limpieza y desinfección de los mismos y se verifico el seguimiento al personal de central de diluciones encargado de la distribución e instalación de estos insumos | -Informe relacionando los hallazgos respecto a los insumos de higiene de manos en los servicios abordados de la unidad El Tunal. |
| 5 | Realizar seguimiento iluminómetros cumpliendo con las metas asignadas por el referente de la línea | -Para el mes de enero se realizo toma de luminometrias bajo método de luminicence( lápiz) en el servicio de urgencias 3 piso , se aplicó revelador de sangre en salas de cirugía | -- Acta de resultado de marca luminicense en carro de paro 3 piso urgencias y revelador de sangre en sala de cirugía |
| 6 | Realizar los instrumentos de medición de adherencia al lavado de manos, según la meta establecida por el referente de prevención de infecciones de la Subred sur E.S.E. | ---Durante los seguimientos realizados en el mes de enero en el total de los servicios de la unidad El Tunal, se realizó verificación de adherencia a 5 momentos de la higiene de manos, técnica de higiene de manos a cada perfil | -# de listas de chequeo de observación a 5 momentos y técnica de higiene de manos con agua y jabón y técnica de higiene de manos con alcohol glicerinado |
| 7 | Realizar los instrumentos de medición de adherencia a protocolos de limpieza y desinfección, según la meta establecida por el referente de prevención de infecciones de la Subred Sur E.S.E. | -Durante los seguimientos realizados se aplicó lista de chequeo de verificación de limpieza d y desinfección del servicio y lista de chequeo para empresa de aseo de la unidad El Tunal | --30 listas de chequeo de limpieza y desinfección de servicios -30 listas de chequeo de limpieza y desinfección de la empresa de aseo – 1 lista de desinfección de alto nivel |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 8 | Realizar seguimiento a vigilancia de dispositivos y casos de aislamiento en las UCIS y hospitalización de la USS Tunal y Meissen y/o según necesidad | --Durante el mes de enero se realizó aplicación de listas de dispositivos de cateter central, neumonía asociada a dispositivo, catéter urinario, catéter periférico en los servicios de hospitalización y urgencias de la unidad El Tunal - Se realizo verificación de servicio de unidad renal donde se evidencio aumento e los casos de ITS AC en el servicio | -# de listas cargadas en el aplicativo Amera de cateter venoso central, catéter venoso periférico, catéter urinario, y neumonía asociada a dispositivo. -Acta de verificación de casos de ITS AC en unidad renal |
| 9 | Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institución. | -Se participo en mesa de análisis por neumonía asociada a ventilador mecánico -Se participo en comité distrital -se participó en reunión interna de equipo de IAAS - Se participo en ronda de seguridad del paciente en el servicio de urgencias unidad cerebro cardiovascular de la unidad del 1 piso -Se participo en comité institucional de prevención de infecciones | -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 | $ 2028100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 73422158 | | |
| 2023 | DICIEMBRE | 2024 | 01 | 02 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES VEINTIOCHO MIL CIENPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1160000 | $ 185600 | $ 185000 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 145000 | $ 145000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 28258 | $ 28300 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 336655 | $ 358300 |

## 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**

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 | |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 02/01/2024 | 73422158 | $358.900 | |

## 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 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 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 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 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 | 28.300 | | | | 28.300 | 0 | 0 | 28.300 | | | 283 | 28.300 | 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 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 28.300 | 28.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 358.900 | 358.900 |

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 | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

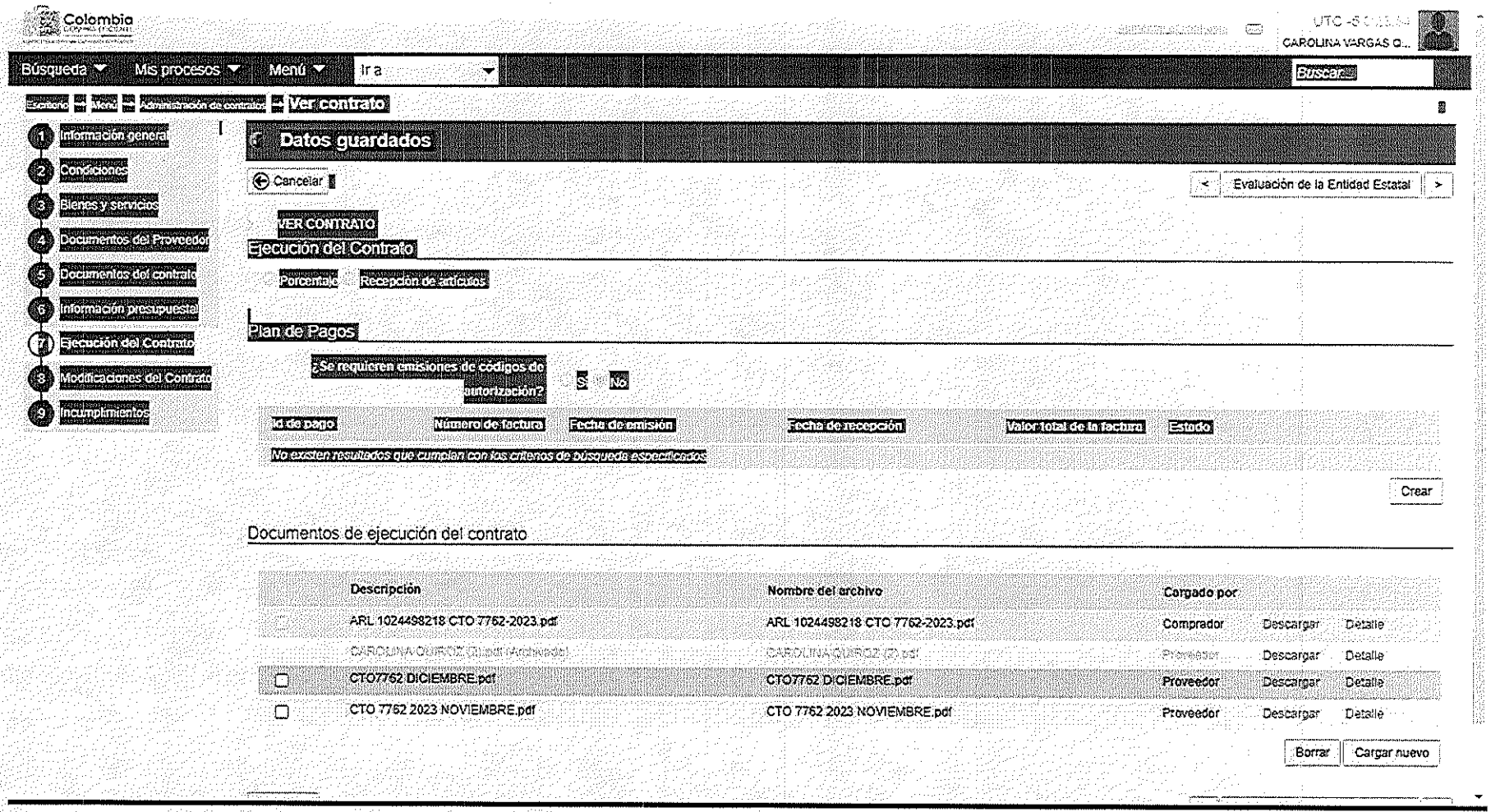
| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 02/01/2024 | 73422158 | $358.900 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en exterior | Residente | IGE | IRET | 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 |
| CC | 1024498218 | QUIROZ VARGAS CAROLINA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1,160,000 | 185,600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1,160,000 | 145,000 | 14-11 | 1,160,000 | 3 | 28,300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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


Colombia
CAROLINA VARGAS Q...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Contrato
Ver contrato
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
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
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
ARL 1024498218 CTO 7762-2023.pdf
ARL 1024498218 CTO 7762-2023.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CAROLINA QUIROZ (2).pdf (Archivado)
CAROLINA QUIROZ (2).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CTO7762 DICIEMBRE.pdf
CTO7762 DICIEMBRE.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CTO 7762 2023 NOVIEMBRE.pdf
CTO 7762 2023 NOVIEMBRE.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo

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

## ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

FECHA DE REGISTRO

×

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2024-01-25

N° Radicado: 261369

Aceptar

Pregunta requerida

NUMERO DE DOCUMENTO

Pregunta requerida

NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA