	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	HOJA TESTIGO DEL EXPEDIENTE CONTRACTUAL	CO-OPS-FT-26 V1

ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No CONTRATO 5400 de 2020

	ITEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	FECHA	OBSERVACIONES
ETAPA PRECONTRACTUAL	1	FORMATO INDIVIDUAL DE NECESIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	✓		04-2020	
	2	ENCUESTA GENERAL	✓			
	3	VERIFICACIÓN DE HOJA DE VIDA (LISTA DE CHEQUEO)	✓		06-2020	
	4	PROPUESTA PARA LA PRESENTACIÓN DEL SERVICIO	✓		05-2020	
	5	CD ADJUNTO (DOCUMENTOS)		✓		
	6	PRUEBAS PSICOTÉCNICAS	✓		04-2020	
	7	VERIFICACIÓN DE PRUEBAS Y ENTEVISTA	✓		06-2020	
	8	CASOS POR COMPETENCIA (cuando aplique)	✓		04-2020	
	9	AUTORIZACIÓN DE VERIFICACION DE TÍTULOS	✓		05-2020	
	10	CORREO SE SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	✓		06-2020	
	11	VERIFICACIÓN DE TÍTULOS POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES		✓		
ETAPA CONTRACTUAL	12	CONTRATO FÍSICO (cuando aplique)		✓		
	13	POLIZAS APROBADAS		✓		
	14	[illegible]NICIO FÍSICO (cuando aplique)		✓		
	15	MINUTA MODIFICATORIA (ADICIONES, PRORROGAS, OTROSI MODIFICATORIOS, ETC..) FISICA (cuando aplique)		✓		
	16	REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICIÓN (cuando aplique)		✓		
	17	PAGOS (CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, INFORME DE ACTIVIDADES, PAGO DE SEGUGURIDAD SOCIAL)	✓			
ETAPA POST CONTRACTUAL	18	SOLICITUD DE TERMINACIÓN DE CONTRATO ANTICIPADA (cuando aplique)		✓		
	19	PAZ Y SALVO		✓		
	20	ENCUESTA DE TERMINACIÓN DE RELACIÓN CONTRACTUAL CON LA SUBREDSUR		✓		
	21	ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO		✓		
	22	TOTAL DE FOLIOS EL EXPEDIENTE				

REVISADO Y APROBADO POR: NOMBRE: Diely Lema

NOTA	LOS CONTRATOS SUSCRITOS MEDIANTE LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II (COLOMBIA COMPRA EFICIENTE) SE DEBE CONSULTAR EN LA MISMA. LOS CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL REPOSA EN CUSTODIA DEL LIDER DE OPS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

HOJA TESTIGO DEL EXPEDIENTE CONTRACTUAL

ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS

No CONTRATO ____ de 20__

	ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE	FECHA	OBSERVACIONES
ETAPA PRECONTRACTUAL	1	FORMATO INDIVIDUAL DE NECESIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS				
	2	ENCUESTA GENERAL				
	3	VERIFICACION DE HOJA DE VIDA (LISTA DE CHEQUEO)				
	4	PROPUESTA PARA LA PRESENTACION DEL SERVICIO				
	5	CD ADJUNTO (DOCUMENTOS)				
	6	PRUEBAS PSICOTECNICAS				
	7	VERIFICACION DE PRUEBAS Y ENTEVISTA				
	8	CASOS POR COMPETENCIA (cuando aplique)				
	9	AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS				
	10	CORREO SE SOLICITUD DE VERIFICACION DE TITULOS				
	11	CONSTANCIA DE IDONEIDAD PRESTACION DE SERVICIOS				
	12	VERIFICACION DE TITULOS POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES				
ETAPA CONTRACTUAL	13	CONTRATO FISICO (cuando aplique)				
	14	POLIZAS APROBADAS				
	15	ACTA DE INICIO FISICO (cuando aplique)				
	16	MINUTA MODIFICATORIA (ADICIONES, PRORROGAS, OTROSI MODIFICATORIOS, ETC..) FISICA (cuando aplique)				
	17	REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION (cuando aplique)				
	17	PAGOS (CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, INFORME DE ACTIVIDADES, PAGO DE SEGUCURIDAD SOCIAL)				
ETAPA POST CONTRACTUAL	18	SOLICITUD DE TERMINACION DE CONTRATO ANTICIPADA (cuando aplique)				
	19	PAZ Y SALVO				
	20	ENCUESTA DE TERMINACION DE RELACION CONTRACTUAL CON LA SUBREDSUR				
	21	ACTA DE LIQUIDACION DEL CONTRATO				
	22	TOTAL DE FOLIOS EL EXPEDIENTE				

REVISADO Y APROBAFO POR: NOMBRE: _____ _____

NOTA	LOS CONTRATOS SUSCRITOS MEDIANTE LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II (COLOMBIA COMPRA EFICIENTE) SE DEBE CONSULTAR EN LA MISMA LOS CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL REPOSA EN CUSTODIA DEL LIDER DE OPS

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

FORMATO INDIVIDUAL NECESIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CO-BIS-FT-03 V2

FECHA DE SOLICITUD	DD	MM	AAAA
	13	04	2020

1. INFORMACIÓN GENERAL

DIRECCIÓN U OFICINA SOLICITANTE	SERVICIOS DE URGENCIAS
AREA ESPECIFICA DE SERVICIO	URGENCIAS

INFORMACIÓN CANDIDATO SOLICITADO (Especificar de acuerdo al requerimiento el nivel de estudio correspondiente)	BACHILLER		BACHILLER TECNICO LABORAL		TÉCNICO O TECNÓLOGO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO MÉDICO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON POSTGRADO		MEDICO CON UNA ESPECIALIZACION MEDICO QUIRURGICA		MEDICO CON DOS O MAS ESPECIALIZACIONES MEDICO QUIRURGICA	
										X						

2. DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO

PERFIL: REQUISITOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA	Nº PERSONAS
MEDICO CON EXPERIENCIA EN SERVICIOS HOSPITALARIOS-URGENCIAS-CONSULTA EXTERNA Trabajo en equipo,Responsabilidad y organizacion Conocimiento en normas de Bioseguridad Trabajo siempre orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios	1

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

3. CARACTERISTICAS TECNICAS DEL SERVICIO (ACTIVIDADES DEL PROCESO)

	ACTIVIDADES ESPECIFICAS A REALIZAR
1	Prestar servicios profesionales como medico en las areas de Urgencias,hospitalizacion yconsulta externa a los usuarios de ls Subred Sur,con el pleno conocimiento de los estanderes de calidad y oportunidad,seguros,eficientes y humanizados y cumplimiento de protocolos y guias de manejo de la Entidad,durante el tiempo de disponibilidad indicando en su propuesta.
2	Cumplir la meta de produccion acordada con el supervisor de contrato,para efectos de las actividades y/o productos del servicio contratado.
3	Garantizar la continuidad de la atencion medica durante los procesos de ingreso,valoracion,formulacion y egreso.
4	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atencion medica con plena autonomia y pertinencia.
5	Informara a las autoridades y alos familiares del paciente el devenir de la atencion brindada conforme a los lineamientos del contratante.
6	Diligenciar completamente la historia clinica dando cumplimiento a las caracteristicas de la misma, integralidad,secuencialidad,coherencia,pertenencia,racionalidad,cientifica(forma logica,clara y completa),disponibilidad y oportunidad,cumpliendo con los parametros exigidos de calidad y la normatividad legal vigente en la informacion registrada y demas documentos adoptados por la Subred y por la exigida por el Decreto 3518 de 2006,en ocasion de la ejecucion de los pactado en el presente contrato.
7	Demas actividades inherentes a su objero contractual.

4. JUSTIFICACIÓN

Se requiere MEDICO GENERAL para cumplir con las necesidades de la Prestacion del servicio y cumplir con la Mision, Vision y Objetivos Institucionales

SOLICITANTE			APROBACIÓN		
NOMBRE	CARGO- DIRECTOR O JEFE DE OFICINA	FIRMA	NOMBRE	SUBGERENCIA U OFICINA ASESORA	FIRMA
MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD		REYES MURILLO HIGUERA	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	

5. ESPACIO EXCLUSIVO PARA TALENTO HUMANO

El suscrito Director Operativo del Área de Talento Humano certifica que revisada la planta de personal y el Manual de funciones y competencias laborales vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur no cuenta con el personal de planta suficiente provisto, para el desarrollo de las actividades señaladas en el requerimiento, de acuerdo con el perfill solicitado	FIRMA Y NOMBRE DIRECTOR TALENTO HUMANO	

22/05 se envia correo.

29/05 se envia de Nuevo. Aun no Contesta

1/06 se realiza llamada. No responde.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-07 V5

DEBE:
ENTREGAR COPIA EN FÍSICO DE TODA LA DOCUMENTACIÓN Y PRESENTARLA EN CARPETA TAMAÑO OFICIO DE CARTÓN CON GANCHO LEGAJADOR PLÁSTICO .
ENTREGAR EN CD CON TODA LA INFORMACIÓN SEGÚN LISTA DE CHEQUEO EN ARCHIVO PDF

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Andrea Juliana Vega Calvera	No DE CÉDULA	1019088690

N°	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN			CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
1	CARTA PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	POR PARTE DEL CONTRATISTA			✓		
2	FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CÉDULA DE CIUDADANÍA			✓		
		CÉDULA DE EXTRANJERÍA					
3	FORMATO DE HOJA DE VIDA SIDEAP	COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO (SIN TACHONES NI ENMENDADURAS)			✓		
4	FORMATO DE DECLARACIÓN BIENES Y RENTAS SIDEAP	COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO (SIN TACHONES NI ENMENDADURAS)			✓		
5	CERTIFICACION BANCARIA	CERTIFICADO EMITDO POR LA ENTIDAD BANCARIA DONDE SE EVIDENCIE EL NÚMERO DE LA CUENTA BANCARIA (ACTIVA)			✓		
6	DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO	DIPLOMA Y ACTA DE BACHILLER PARA AUXILIARES					
		DIPLOMA Y ACTA DE BACHILLER PARA TÉCNICOS					
		DIPLOMA Y ACTA DE BACHILLER TECNÓLOGOS					
		DIPLOMA Y ACTA DE GRADO DE PREGRADO DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD					
		DIPLOMA Y ACTA DE GRADO DE POSTGRADO DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD					
7	CERTIFICADO DE ESTUDIOS ADICIONALES	CURSOS, SEMINARIOS, DIPLOMADOS, ENTRENAMIENTOS ESPECIFICOS, ETC.			✓		
8	CERTIFICADO DE EXPERIENCIA LABORAL	LOS CERTIFICADOS ANEXOS DEBEN SER LOS MENCIONADOS EN LA HOJA DE VIDA SIDEAP			✓		
9	FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL SDS O COLEGIADOS SEGUN SU PROFESIÓN PARA PERSONAL ASISTENCIAL ANEC (REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE ENFERMERÍA) COPNIA (INGENIEROS- TECNÓLOGOS AMBIENTALES)	TARJETA PROFESIONAL Y RESOLUCIÓN (ANTES DEL 2012) Y RETHUS CONFORME A LA LEY 1164 Y LA RESOLUCIÓN 3030 DE 2014. REGISTRO DE INSCRIPCIÓN DONDE SE REALIZO EL RURAL Y TARJETA DE COLEGIATURAS			✓		
10	LIBRETA MILITAR	HOMBRES HASTA 50 AÑOS Jóvenes : Plazo de 18 meses para traer la libreta, una vez inicie contrato					X
11	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT	COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO (SIN TACHONES NI ENMENDADURAS)			✓		
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS, FISCALES Y JUDICIALES	PERSONERÍA ☑	CONTRALORIA ☑		✓		
		PROCURADURÍA ☑	POLICÍA ☑				
13	ANTECEDENTES PROFESIONALES EN LOS CASOS QUE APLIQUE	ABOGADOS (CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA) PROFESIONALES EN INGENIERÍA O AFINES (CONPIA)					X
14	RUT (ACTUALMENTE DONDE RESIDE)	ACTUALIZADO CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA RELACIONADA CON EL OBJETO CONTRACTUAL (ACTUALIZADO APARTIR DEL 2013)			✓		
15	RIT	ACTUALIZADO CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Y RELACIONADO CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE COINCIDA CON EL RUT			✓		
16	EXÁMENES	**PARA TODO EL PERSONAL GENERAL** **SALUD OCUPACIONAL (NO SUPERIOR A 3 AÑOS) Y VISIOMETRIA(NO SUPERIOR 1 AÑO)**					
		AUXILIARES DE MANTENIMIENTO	VISIOMETRIA Y AUDIOMETRÍA NO SUPERIOR 1 AÑO) CURSO DE ALTURAS				
		CONDUCTORES	VISIOMETRIA Y AUDIOMETRÍA NO SUPERIOR 1 AÑO) EXAMEN PSICOSENSOMETRICO				
17	VACUNAS	VACUNAS ÁREA ADMINISTRATIVA	INFLUENZA VIGENCIA 1 AÑO / SARAMPIÓN Y RUBEOLA .				
		VACUNAS ÁREA ASISTENCIAL	HEPATITIS B TRES DOSIS CUYO ESQUEMA ES EL DÍA 0, 60 Y 180. PARA QUIENES REALIZARON LA VACUNACIÓN Y NO TIENEN CARNÉ, DEBEN REALIZARSE LA TITULACIÓN DE ANTICUERPOS. INFLUENZA VIGENCIA 1 AÑO SARAMPION Y RUBEOLA VARICELA DOS DOSIS EL DÍA 0 Y EL DÍA 180. Y/O TITULACION ANTICUERPOS TETANOS, PARA MUJER TRES DOSIS EL DÍA 0-30-180 Y PARA HOMBRES DOS DOSIS EL DÍA 0 Y EL DÍA 30.			✓		
18	PARA CONDUCTORES APH MOTORIZADOS RESPUESTA RÁPIDA	LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE VEHICULOS VIGENTE LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE MOTOS VIGENTE CONSTANCIA DE COMPARENDOS SIMIT . PRIMER RESPONDIENTE (VIGENCIA 2 AÑOS) PRIMEROS AUXILIOS (VIGENCIA 2 AÑOS) CURSO COVE					
19	CONDUCTORES ADMINISTRATIVOS MENSAJERO MOTORIZADO	LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE VEHICULOS VIGENTE LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE MOTOS VIGENTE CONSTANCIA DE COMPARENDOS SIMIT . PRIMER RESPONDIENTE (VIGENCIA 2 AÑOS) EXCEPTO MENSAJERO MOTORIZADO PRIMEROS AUXILIOS (VIGENCIA 2 AÑOS) EXCEPTO MENSAJERO MOTORIZADO					
20	**TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL DEBE TENER EL CURSO DE CÓDIGO BLANCO** **(Curso de victimas de violencia sexual) vigencia de 2 años Res 459 de 2012)**				✓		

N°	DOCUMENTO	SERVICIO	PERFIL	CURSOS			
21		URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA	AUX DE ENFERMERIA	SOPORTE VITAL BÁSICO			
22			ENFERMERO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS SOPORTE VITAL AVANZADO			
23			MÉDICO GENERAL	SOPORTE VITAL AVANZADO	✓		
24		VACUNACIÓN	AUX DE ENFERMERIA	CERTIFICADO DE FORMACION PARA ADMINISTRA INMUNOBIOLOGICO PAI			
25		TRANSFUSIÓN SANGUINEA	BACTERIOLOGO	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL MANEJO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA			
26		CAMILLERO	CAMILLERO	CURSO DE CAMILLERO Y PRIMEROS AUXILIOS			
27		TOMA DE MUESTRAS	AUX DE ENFEMERIA AUX DE LABORATORIO	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE MUESTRAS			

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-07 V5

DEBE:
ENTREGAR COPIA EN FÍSICO DE TODA LA DOCUMENTACIÓN Y PRESENTARLA EN CARPETA TAMAÑO OFICIO DE CARTÓN CON GANCHO LEGAJADOR PLÁSTICO .
ENTREGAR EN CD CON TODA LA INFORMACIÓN SEGÚN LISTA DE CHEQUEO EN ARCHIVO PDF

	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS				No DE CÉDULA			
Nº	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN				CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
28	REQUERIMIENTO AREA ASISTENCIAL	LABORATORIO CLÍNICO	AUXILIARES DE LABORATORIO AUX DE ENFERMERIA	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO / TOMA DE MUESTRAS				
29		CUIDADO NEONATAL	PEDIATRA	CURSO DE REANIMACIÓN AVANZADA PEDIÁTRICA PALS PARA EL PEDIATRA				
30			ENFERMERO AUX DE ENFERMERIA TERAUPETA RESPIRATORIO NUTRICIONISTA FISIOTERAPEUTA	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN PACIENTE NEONATAL EXEPTO EL ESPECIALISTA EN NEAOTOLOGÍA O EN CUIDADO INTENSIVO				
31		CUIDADO INTENSIVO ADULTO	MÉDICO GENERAL MÉDICO ESPECIALISTA INTENSIVO, ANESTESIÓLOGO, GINECOBSTETRA, MED INTERNA) ENFERMERO ESPECIALISTA AUX DE ENFERMERIA TERAUPETA RESPIRATORIO NUTRICIONISTA FISIOTERAPEUTA	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DE CONTROL DEL PACIENTE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS EXEPTO EL ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO				
32		HEMODIALISIS / UNIDAD RENAL	ENFERMERA AUX DE ENFERMERIA	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN AL PACIENTE EN UNIDAD				
33		TOMA DE CITOLOGIAS CRECIMIENTO Y DESARROLLO	MEDICO ENFERMERA AUX ENFERMERIA	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIAS PARA TECNOLOGÍA VIA- VILI (MÉDICO-ENFERMERA) CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN AIEPI (ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA)				
34		APH (Ambulancia)	MÉDICO TECNOLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA TÉCNICO AUX. DE ENFERMERIA	CURSO DE SOPORTE VTIAL BÁSICO Y AVANZADO				
35		ODONTOLOGÍA	ODONTÓLOGO ODONTÓLOGO ESPECIALISTA HIGIENISTA ORAL	CARNÉ DE RADIO PROTECCIÓN				
36		RADIOLOGÍA	TECNÓLOGO EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	CARNÉ DE RADIO PROTECCIÓN				
37			ECOGRAFISTA	TAC FORMACIÓN ESPECÍFICA EN MANEJO DE TAC				
38		PARA TODO EL PERSONAL PROFESIONAL ASISTENCIAL	MÉDICO GENERAL	SOPORTE VITAL AVANZADO				
39			PSICOLOGO, NUTRICIONISTA Y TRABAJADORA SOCIAL	SOPORTE VITAL BASICO				
40	PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL (VALOR AMPARADO MÍNIMO 100 SMLM) VIGENCIA 1 AÑO	PARA TODO EL PERSONAL PROFESIONAL ASISTENCIAL INTRAMURAL				✓		
41	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y/O SOPORTE DE AFILIACIÓN COMO INDEPENDIENTE	EPS			Formulario	✓		
		ARL (Se realiza al momento de inicio de actividades en la entidad)						
		AFP				✓		
42	REGISTRO EN SECOP II	IMPRESIÓN DEL REGISTRO EN SECOP II EVIDENCIANDO USUARIO				✓		
43	AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS DEBIDAMENTE FIRMADO	PARA TODOS LOS PERFILES A EXCEPCIÓN BACHILLERES.				✓		
44	**ANUALMENTE, TODO EL PERSONAL DE CONTRATO DEBE TENER ACUTALIZADOS TODOS LOS SOPORTES DE HABILITACIÓN EN LOS CASOS QUE APLIQUE: (POLIZAS (1 año), EXÁMENES (Salud ocupacional menor a 3 años, visiometria 1 año), VACUNAS (Influeza 1 año), CURSOS radioprotección, código blanco,soporte vital básico, soporte vital avanzado, primer respondiente, primeros auxilios vigencia 2 años))**							

OBSERVACIONES: Declaración juramentada ✓ wategg ✓
Encuesta General ✓
Tabaco NO aplica.

Tania Andrea Acosta
NOMBRE DE QUIEN RECEPCIONA Y VERIFICA DOCUMENTOS

2-06-2020
FECHA:

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	VERIFICACION DE PRUEBAS Y ENTREVISTAS	TH-FT-22 V1

DEPENDENCIA O AREA	DIRECCIÓN DE URGENCIAS	FECHA	2 (DIA)	6 (MES)	2020 (AÑO)
NOMBRE COMPLETO	PAULA ANDREA HIGUERA LOPEZ				
CARGO U OBJETO	MÉDICO				
JEFE INMEDIATO	REFERENTE DE ÁREA USS TUNAL				

A. DEFINICIÓN DEL PERFIL

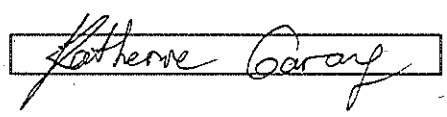
1	CUMPLIMIENTO DE PERFIL Observaciones: Cumple de manera suficiente y funcional con el perfil esperado para el proceso ocupacional	40%	36
2	PRUEBAS PSICOTECNICAS Observaciones: Se le puede facilitar reconocerse a si misma, establece/mantiene adecuadas relaciones interpersonales, con orientacion al servicio, con metas a largo plazo claras y definidas, nivel cognitivo adecuado. Con tendencia a seguir la norma y a la mediación.	25%	24
3	ENTREVISTA PERSONAL Observaciones: Buena disposicion e interes por pertenecer a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	35%	30
4	PRUEBA DE CONOCIMIENTOS DEL AREA Observaciones:	N/A	
		TOTAL	90,00

B. PROTOCOLOS DE INICIO DE EJECUCIÓN

5	INDUCCIÓN GENERAL Observaciones:	FECHA	DIA	MES	AÑO	SI	NO
6	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DOCUMENTALES Observaciones:					SI: X	NO
7	OBSERVACIONES GENERALES						
8	EXAMEN MEDICO DE INGRESO OBSERVACIONES					SI: X	NO

C. OBSERVACIONES FINALES O ADICIONALES

PROFESIONAL SELECCIÓN



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CASOS POR COMPETENCIAS – PROFESIONAL ASISTENCIAL	CO-OPS-FT-19 V1

NOMBRE: Andrea Juliana Vega Calvera CEDULA: 1019088690

CELULAR: 3204650208 PERFIL: Medico general FECHA: 22/04/2020

Valoración por selección múltiple:

Ingresa usuario por servicio de urgencias con cuadro clínico de 72 horas de decaimiento, fiebre, inyección conjuntival, refiere tener diarrea la que ha manejado con líquido (gaseosas), informa que la familia hermanos ha presentado caso igual, uno de ellos está hospitalizado, usuario es procedente de la Meza –Cund.

Aporte Técnico profesional

1. Que indicaciones de cuidado establecería con este usuario:

a. Precauciones de aislamiento
b. Higiene de manos
c. Lo devuelve para la casa
d. Le indica que tome lo mismo que sus hermanos
X. A y b son ciertas

Aprendizaje continuo:

2. Frente a este caso usted podría realizar:

a. Revisión de guías de salud publica
b. Establece un diagnostico
X Complementa la anamnesis
d. Investiga por internet
e. Todas las anteriores

Atención al usuario:

3. En caso de que este usuario se encuentre molesto porque no ha sido atendido desde su ingreso a la institución lo cual ocurrió hace una hora, usted:

a. Le dice que tiene que seguir esperando hasta que se le pueda atender.
X Explica al usuario la existencia de situaciones que han retrasado su atención.
c. Le dice que se vaya para otra institución si tiene afán.
d. Le ofrece otras alternativas de atención (atención prioritaria)
e. Lo atiende y busca alternativas para tranquilizar al usuario.

Comunicación Efectiva:

4. El internista durante su ronda indaga sobre los laboratorios y exámenes tomados al usuario, los cuales fueron ordenados desde hace 6 horas y no se encuentran reportados en historia clínica. Frente a esta situación usted asume la siguiente conducta:

a. Informa que no sabe y lo direcciona a otra persona. (subalterno).
b. Revisa con su equipo de atención, en busca de ubicar los resultados.

c. Se molesta y regaña al equipo de atención.
d. Con su equipo revisa protocolos y toma acciones de mejora.
X b y d son correctas.

Gestión de procedimientos

5. Si considera que existieron fallas en las anteriores situaciones, usted:

a. Haría revisión de protocolos institucionales.
X Establecería planes de mejoramiento para usted y su equipo.
c. Buscaría quienes fueron los responsables para tomar represalias
d. Buscaría al jefe inmediato para que revise el caso y tome las medidas.
e. Ninguna de las anteriores

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN TÍTULOS	GH-ILA-FT-01 V1

Bogotá D.C. 22 Mayo 2020

Señores

Universidad Militar Nueva Granada

Por medio de la presente, yo Andrea Juliana Vega Calvera identificado con número de documento 1019088690, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Juliana Vega C.

Nombre: Andrea Juliana Vega Calvera

No. Documento: 1019088690

Teléfono: 3204650208

Bogotá D.C., 11 Mayo de 2020

PARA: LUIS FERNANDO PINEDA AVILA - Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E. S.E. - Contratante

DE:
Contratista prestación de Servicios

Asunto: DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Yo Andrea Juliana Vega Calvera identificado(a) con la C.C. No. 1019088690 de Bogotá D.C, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

PRIMERO: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

SEGUNDO: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales (Relacionar en orden cronológico los estudios realizados y aportados en el expediente)

TIPO DE FORMACIÓN (FORMAL O INFORMAL)	TÍTULO O CERTIFICACIÓN OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA,MES,AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DÍA,MES,AÑO)
Formal	Medico y Cirujano	17/06/2016	Universidad Militar Nueva Granada	N A.
VACUNAS	DPT 2014, Hepatitis B 2018, Influenza 2019, Td 2019, Sarampion 2019 y Varicela y Rubeola.			

TERCERO: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.

FIRMA JulianaVegaC
C.C. No. 1019088690
TELEFONO 3204650208
DIRECCIÓN TV 3, 4BA-52
CORREO Juli-vega25@hotmail.com

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	**CO-OPS-FT-28 V1**

NÚMERO DE CÉDULA 1019088690 **FECHA DE NACIMIENTO** 25/Agosto/1993

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Andrea Juliana Vega Calvera

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Transversal 3, #48A-52 Apto 201

LOCALIDAD Chapinero

TELÉFONO FIJO 8138014 **N° CELULAR** 3204650208

CORREO ELECTRÓNICO juli-vega25@hotmail.com

EPS Sanitas **FONDO DE PENSIONES** Colfondos **ARL** Seguros Bolivar

ESTACO CIVIL: CASADO ____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO ____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI ____ NO X

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI ____ NO X ¿CUÁNTOS? ____ ¿DE QUE EDAD(ES)? ____

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X ¿CUÁNTOS? ____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD SI ____ NO X ¿CUÁL? ____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA INDÍGENA ____ AFRODESCENDIENTE ____

OTRO ¿CUÁL? ____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD SI X No ____

¿CUÁL? Cafam

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	VERIFICACIÓN ESTUDIOS Y EXPERIENCIA	TH-FT-05 V1

DEPENDENCIA O AREA	DIRECCIÓN DE URGENCIAS		
NOMBRE COMPLETO	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA	CEDULA	1.019.088.690
PERFIL	MÉDICO GENERAL		

ESTUDIOS Y/O CURSOS		EXPERIENCIA	
BACHILLER		ENTIDAD	CAFAM
ASISTENCIAL		ENTIDAD	
TECNICO		ENTIDAD	
UNIVERSITARIO	UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA	ENTIDAD	
ESPECIALIZADO		ENTIDAD	
ESPECIALIZADO		ENTIDAD	

DOCUMENTO	ENTIDAD EDUCATIVA Y TITULO	FECHA DE GRADUACION			FECHA DE VERIFICACION			CUMPLE	
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	SI	NO
DIPLOMA	0								
DIPLOMA	0								
DIPLOMA	UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA	17	6	2016	2	6	2020	X	
DIPLOMA	0								
DIPLOMA	0								
DIPLOMA	0								

VERIFICACION DE EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA O ENTIDAD	TIEMPO CERTIFICADO			FECHA DE CONFIRMACION			NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN CONFIRMA	CARGO
	AÑOS	MESES	DIAS	DIA	MES	AÑO		
CAFAM	0	9	24	2	6	2020	ANA PATRICIA FRANCO	JEFE RELACIONES LABORALES
0								
0								
0								
0								
0								

OBSERVACIONES:

Katherine Garay

FIRMA PROFESIONAL DE SELECCIÓN

16-09-21

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Bogotá, D.C.
2 de Junio de 2020

Señores:
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

registro.academico@unimilitar.edu.co

Ref: Verificación de títulos

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo y deseo de bienestar. Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del títulos, según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico Nº 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmar si el programa de **MEDICINA** fue obtenido en su entidad, por las siguientes personas:

NOMBRE	CEDULA	TITULO OBTENIDO	FECHA – FOLIO – REGISTRO
ANDREA JULIANA VEGA CALVERA	1.019.088.690	MÉDICO Y CIRUJANO	17 JUNIO DE 2016

Por favor, dirigir su respuesta al Hospital del Tunal – Dirección de Contratación OPS, ubicado en la Cra. 20 N. 47 B- 35 Sur, o al correo electrónico proceso.seleccion.ops@subredsur.gov.co

Agradezco su amable atención y pronta respuesta.

Cordialmente,

KATHERINE GARAY ROJAS
Psicólogo Selección
Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certificaciones OPS

De: Certificaciones OPS <certificaciones.ops@subredsur.gov.co>
Enviado el: martes, 2 de junio de 2020 4:19 p.m.
Para: 'registro.academico@unimilitar.edu.co'
Asunto: VERIFICACIÓN DE TÍTULO
Datos adjuntos: PAULA ANDREA HIGUERA LOPEZ.pdf

Respetados Señores

Atentamente anexamos solicitud formal para la verificación de títulos de la persona relacionada, pues es indispensable esta información para el proceso de habilitación en Salud de las Empresas Sociales del Estado. Adjunto Autorización firmada por el egresado.

Agradezco su valiosa y oportuna colaboración

Cordialmente,

Katherine Garay Rojas
Psicólogo Selección
Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CONSTANCIA DE IDONEIDAD PRESTACIÓN SERVICIOS	CO-OPS-FT-10 V1

IDONEIDAD Y EXPERIENCIA DEL CONTRATISTA RELACIONADA

CON EL OBJETO A CONTRATAR

Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., ha requerido contratar un(a) **MEDICO GENERAL** para: **PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL** de acuerdo a las necesidades de la Institución.

Que el servicio referido es de carácter **ASISTENCIAL** por cuanto las actividades a desarrollar son de dicha naturaleza y requieren grado de cognición, comprensión y concentración en temas relacionados con el **OBJETO CONTRACTUAL.**

Que se estima procedente contratar a, **ANDREA JULIANA VEGA CALVERA** identificada con **CC No. 1.019.088.690** puesto que su orientación y perfil, al igual que la experiencia acreditada, certifican la idoneidad para desarrollar el objeto para el cual va a ser contratado.

Que al momento de entregar la documentación requerida para la celebración del Contrato de Prestación de Servicios el seleccionado presenta los siguientes documentos originales para verificación de la legitimidad de las copias entregadas, dentro de los requeridos para contratar (se anexa verificación hoja de vida):

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el Art. 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto Único Reglamentario 1082 de 2015.

Expedido en Bogotá D.C., JUNIO

TANIA ANDREA ACOSTA OLIVEROS
PSICOLOGA

MARIA CLAUDIA OÑATE VASQUEZ
DIRECTORA DE CONTRATACION

Lina B.

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	MILTON LEANDRO UMAÑA ORREGO
Tipo de Documento:	CC **Documento** 80770761
Sexo M **F. Nacimiento:**	04/08/1984 **Edad:** 35 Años
Entidad:	PARTICULAR/NORTE
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	ARQUITECTO
Fecha de Atencion:	2019-07-31
Fecha y Hora entrega resultados:	31/07/2019 4.09 PM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de PRE INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica:

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	VISIOMETRIA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.
Hago constar que recibí copia de este documento.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): LADY LISSETTE BENAVIDES SANCHEZ RM: 25-2520/2016

Firma y sello del Médico Evaluador

MILTON LEANDRO UMAÑA ORREGO
80770761
C.C
Firma del trabajador Evaluado

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification

BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50Edificio Barichara
Tel.:(+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.:(+1) 458 5819 – 203 9894

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels.:(+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels.:(+1) 4146397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.:805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels.:(+1) 257 9325 – 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Business Center
Interior 141 – Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113. Barrio Antiguo Campestre,
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia. Sector Lo Amador,
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel.: (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9956 – 382 7337

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V5

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	08-jun.-20	Hasta:	30-jun.-20	
Nombre del Contratista:	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA		Cédula:	1.019.088.690	
Correo Electrónico:	juli-vega25@hotmail.com		Teléfono(s):	3204650208	
Nombre del Supervisor 1:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ		Cargo o Actividad:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE LA SALUD	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005488	Año Contrato:	2020	C.D.P. No.	279
PERFIL:	MEDICO GENERAL				

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	Ocultar							
URG OBSERVACION - USS EL TUNAL		TUNAL	B02TN	158		$ 30.331	$ 4.792.298	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PAR[illegible]ACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASIS[illegible]CIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 4.792.298	CUATRO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS MCTE

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		8/06/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/06/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-06-26	2020-08-31	1	$16.378.740	1152	1		
						2		
						3		
						4		
						5		
						6	Junio	$ 4.792.298
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.307.002	$ 20.685.742	$ 4.792.298	$ 15.893.444

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	EVALUACION Y CLASIFICACION DEL RIESGO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN AL HOSPITAL EN EL AREA DE URGENCIAS.	TENIENDO EN CUENTA LA ENFERMEDAD ACTUAL, ANTECEDENTES Y COMORBILIDAD SE DETERMINARA EL RIESGO DE CAIDA, FUGA Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES	HISTORIA CLINICA
2	REALIZACION DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	REALIZAR LA HISTORIA CLINICA DE INGRESO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION EN EL SISTEMA	RECIBO Y ENTREGAS DE TURNO, REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES
3	EVALUACION, SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS PACIENTES EN EL AREA DE REANIMACION	PRIORIZANDO LA SOLICITUD,PROCESAMIENTO Y REPORTE DE PARACLINICOS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN CONJUNTO CON LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES, ARTICULAR EL TRASLADO DE PACIENTES	HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES
4	VALORAR LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN REANIMACION	INFORMAR A LAS AUTORIDADES Y FAMILIARES DE LOS PACIENTES SOBRE LA ATENCION BRINDADA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL CONTRATANTE	HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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

5	DILIGENCIAR OPORTUNA Y CORRECTAMENTE LOS CERTIFICADOS Y DEMAS DOCUMENTACION QUE DEBA ENTREGARSE A LOS PACIENTES Y LA INSTITUCION CON OCASIÓN DE LA EJECUCION DE LO PACTADO EN EL PRESENTE CONTRATO	DE FORMA OPORTUNA Y CORRECTAMENTE, DILIGENCIAR LOS CERTIFICADOS Y DEMAS DOCUMENTACION QUE DEBA ENTREGAR A LOS PACIENTES Y A LA INSTITUCION CON OCASIÓN DE LO PACTADO EN EL	HISTORIA CLINICA, FORMATO DE NOTIFICACION DE INTERES PUBLICO,LESIONES DE CÁUSA EXTERNA
6	DILIGENCIAR LA HISTORIA CLINICA CUMPLIENDO CON LOS PARAMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE	REALIZAR LA HISTORIA CLINICA EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION EN EL SISTEMA Y QUE CUMPLA CON LOS PARAMETROS LEGALES VIGENTES	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA, AUDITORIA CONCURRENTE
7			
8			
9			
10			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ -
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS

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	COLFONDOS	$ 877.803	Sin definir Vr a Cancelar	
SALUD		SANITAS		Sin definir Vr a Cancelar	
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR			
					$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	35235345453

ANDREA JULIANA VEGA CALVERA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.019.088.690
CC. NO. CONTRATISTA

Dr. Jonathan Bautista M.
Coordinador de Urgencias
USS Tunal
C.C. 80701644
Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE LA SALUD

2020-06-12

Certificado Bancario

Martes, 5 de Mayo de 2020

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANDREA JULIANA VEGA CALVERA identificado(a) con CC 1019088690, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	35235345453	2014/12/17	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA Establecimiento Bancario

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANDREA JULIANA VEGA CALVERA identificado(a) con C.C No. 1.019.088.690, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 07 de mayo del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2020

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1019088690
NOMBRES Y APELLIDOS	Vega Calderon,Andrea Juliana
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	03/03/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Vega Calderon,Andrea Juliana, a los 26 días del mes de junio del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

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 | 10

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-jul.-20	Hasta:	31-jul.-20	
Nombre del Contratista:	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA		Cédula:	1.019.088.690	
Correo Electrónico:	juli-vega25@hotmail.com		Teléfono(s):	3204650208	
Nombre del Supervisor 1:	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ		Cargo o Actividad:	COORDINADOR MEDICO DE URGENCIAS	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005488	Año Contrato:	2020	C.D.P. No.	279
PERFIL:	MEDICO GENERAL				

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	Ocultar							
URG OBSERVACION - USS EL TUNAL		TUNAL	B02TN	186	36	$ 30.331	$ 6.733.482	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PAR[illegible]ACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASIS[illegible]CIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 6.733.482	SEIS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS MCTE

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		8/06/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/06/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-07-01	2020-08-31	1	$16.378.740	1152	1		
						2		
						3		
						4		
						5		
						6	Junio	$ 4.792.298
						7	Julio	$ 6.733.482
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.307.002	$ 20.685.742	$ 11.525.780	$ 9.159.962

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	EVALUACION Y CLASIFICACION DEL RIESGO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN AL HOSPITAL EN EL AREA DE URGENCIAS.	TENIENDO EN CUENTA LA ENFERMEDAD ACTUAL, ANTECEDENTES Y COMORBILIDAD SE DETERMINARA EL RIESGO DE CAIDA, FUGA Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES	HISTORIA CLINICA
2	REALIZACION DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	REALIZAR LA HISTORIA CLINICA DE INGRESO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION EN EL SISTEMA	RECIBO Y ENTREGAS DE TURNO, REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES
3	EVALUACION, SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS PACIENTES EN EL AREA DE REANIMACION	PRIORIZANDO LA SOLICITUD,PROCESAMIENTO Y REPORTE DE PARACLINICOS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN CONJUNTO CON LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES, ARTICULAR EL TRASLADO DE PACIENTES AL	HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES
4	VALORAR LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN REANIMACION	INFORMAR A LAS AUTORIDADES Y FAMILIARES DE LOS PACIENTES SOBRE LA ATENCION BRINDADA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL CONTRATANTE	HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V5

5	DILIGENCIAR OPORTUNA Y CORRECTAMENTE LOS CERTIFICADOS Y DEMAS DOCUMENTACION QUE DEBA ENTREGARSE A LOS PACIENTES Y LA INSTITUCION CON OCASIÓN DE LA EJECUCION DE LO PACTADO EN EL PRESENTE CONTRATO	DE FORMA OPORTUNA Y CORRECTAMENTE, DILIGENCIAR LOS CERTIFICADOS Y DEMAS DOCUMENTACION QUE DEBA ENTREGAR A LOS PACIENTES Y A LA INSTITUCION CON OCASIÓN DE LO PACTADO EN EL	HISTORIA CLINICA, FORMATO DE NOTIFICACION DE INTERES PUBLICO,LESIONES DE CAUSA EXTERNA
6	DILIGENCIAR LA HISTORIA CLINICA CUMPLIENDO CON LOS PARAMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE	REALIZAR LA HISTORIA CLINICA EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION EN EL SISTEMA Y QUE CUMPLA CON LOS PARAMETROS LEGALES VIGENTES	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA, AUDITORIA CONCURRENTE
7			
8			
9			
10			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 4.792.298
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2020	6	2020	07	22	44053341		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS MCTE

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	COLFONDOS	$ 1.916.919	$ 306.700	$ 306.800
SALUD		SANITAS		$ 239.600	$ 239.700
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 46.700	$ 46.700
				$ 593.000	$ 593.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	35235345453

ANDREA JULIANA VEGA CALVERA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.019.088.690
CC. NO. CONTRATISTA

JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
COORDINADOR MEDICO DE URGENCIAS

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

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	1019088690	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA		CALLE51A#6A-54	3204650208	juli-vega25@hotmail.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	
2020-06	2020-06	I	22/07/2020	44053341	$593.200	

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	239.700	0		0		0	0	0	0	239.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	306.800	0	0	0	0	0	0		306.800	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	46.700				46.700	0	0	46.700			467	46.700	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	239.700	239.700
Pensión	1	306.800	306.800
Riesgos Laborales	1	46.700	46.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	593.200	593.200

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	1019088690	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA		CALLE51A#6A-54	3204650208	juli-vega25@hotmail.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	
2020-06	2020-06	I	22/07/2020	44053341	$593.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Residente	IGE	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
CC	1019088690	VEGA CALVERA ANDREA JULIANA	59	0			N																	231001	1.916.920	306.800	0	0	0	0	EPS005	1.916.920	239.700	14-7	1.916.920	3	46.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento [illegible] clasificado como PRIVADO por parte de Com[illegible]isar Operador de Información

Certificado Bancario

Martes, 5 de Mayo de 2020

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANDREA JULIANA VEGA CALVERA identificado(a) con CC 1019088690, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	35235345453	2014/12/17	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA Establecimiento bancario

Es el momento de todos
Bancolombia

OPS 8to cuarto

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CO-OPS-FT-11 V5

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-sep.-20	Hasta:	30-sep.-20	
Nombre del Contratista:	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA		Cédula:	1.019.088.690	
Correo Electrónico:	juli-vega25@hotmail.com		Teléfono(s):	3204650208	
Nombre del Supervisor 1:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ		Cargo o Actividad:	PROFESIONALESPECIALIZADO EN EL AREA DE LA SALUD	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005488	Año Contrato:	2020	C.D.P. No.	279
PERFIL:	MEDICO GENERAL				

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	Ocultar							
URG OBSERVACION - USS EL TUNAL		TUNAL	B02TN		18	$ 30.331	$ 545.958	7,50%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Ocultar							
CX GENERAL - USS EL TUNAL		TUNAL	C01TN	186	36	$ 30.331	$ 6.733.482	92,50%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
URALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 7.279.440	SIETE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		8/06/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/06/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-06-08	2020-06-30	1	$ 4.307.002	326	1		
2	2020-07-01	2020-08-31	2	$ 16.378.740	1152	2		
3	2020-09-01	2020-09-30	3	$ 7.218.778	1606	3		
						4		
						5		
						6	Junio	$ 4.792.298
						7	Julio	$ 6.733.482
						8	Agosto	$ 6.915.468
						9	Septiembre	$ 7.279.440
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.307.002	$ 32.211.522	$ 25.720.688	$ 6.490.834

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	EVALUACION Y CLASIFICACION DEL RIESGO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN AL HOSPITAL EN EL AREA DE URGENCIAS.	TENIENDO EN CUENTA LA ENFERMEDAD ACTUAL, ANTECEDENTES Y COMORBILIDAD SE DETERMINARA EL RIESGO DE CAIDA, FUGA Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES	HISTORIA CLINICA
2	REALIZACION DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	REALIZAR LA HISTORIA CLINICA DE INGRESO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION EN EL SISTEMA	RECIBO Y ENTREGAS DE TURNO, REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES
3	EVALUACION, SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS PACIENTES EN EL AREA DE REANIMACION	PRIORIZANDO LA SOLICITUD,PROCESAMIENTO Y REPORTE DE PARACLINICOS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN CONJUNTO CON LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES. ARTICULAR EL TRASLADO DE PACIENTES	HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES
4	VALORAR LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN REANIMACION	INFORMAR A LAS AUTORIDADES Y FAMILIARES DE LOS PACIENTES SOBRE LA ATENCION BRINDADA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL CONTRATANTE	HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES
5	DILIGENCIAR OPORTUNA Y CORRECTAMENTE LOS CERTIFICADOS Y DEMAS DOCUMENTACION QUE DEBA ENTREGARSE A LOS PACIENTES Y LA INSTITUCION CON OCASION DE LA EJECUCION DE LO PACTADO EN EL PRESENTE CONTRATO	DE FORMA OPORTUNA Y CORRECTAMENTE, DILIGENCIAR LOS CERTIFICADOS Y DEMAS DOCUMENTACION QUE DEBA ENTREGAR A LOS PACIENTES Y A LA INSTITUCION CON OCASION DE LO PACTADO EN EL	HISTORIA CLINICA, FORMATO DE NOTIFICACION DE INTERES PUBLICO,LESIONES DE CAUSA EXTERNA
6	DILIGENCIAR LA HISTORIA CLINICA CUMPLIENDO CON LOS PARAMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE	REALIZAR LA HISTORIA CLINICA EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION EN EL SISTEMA Y QUE CUMPLA CON LOS PARAMETROS LEGALES VIGENTES	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA, AUDITORIA CONCURRENTE
7			

8			
9			
10			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 6.915.468
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2020	8	2020	09	16	45420592		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: SEIS MILLONES NOVECIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS MCTE

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	COLFONDOS	$ 2.766.187	$ 442.600	$ 442.600
SALUD		SANITAS		$ 345.800	$ 345.800
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 67.400	$ 67.400
				$ 855.800	$ 855.800

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	35235345453

ANDREA JULIANA VEGA CALVERA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.019.088.690
CC. NO. CONTRATISTA

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
PROFESIONALESPECIALIZADO EN EL AREA DE LA SALUD

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION
2020-06-12

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLI DACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019055293	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA		CALLE 61A #CA-51	3204650263	juliavega25@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-08	2020-08	1	16/09/2020	45420592	$345.600	

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	345.600	0		0		0	0	0	0	345.600	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
231001	Colpensiones	900336004-7	442.600	0	0	0	0	0	0		442.600	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	67.400				67.400	0	0	67.400			674	67.400	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	345.600	345.600
Pensión	1	442.600	442.600
Riesgos Laborales	1	67.400	67.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	855.600	855.600

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLI IDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019055690	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA		CALLE 81 Asd A-51	3204659203	jul-vega25@hotmail.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	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-08	2020-08	1	10/09/2020	45423892	$855.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	Cotiza en otro sistema	Dependiente	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cor	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cod. Novedad	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de pertenencia	Fondo pensional de traslado	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cod. 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	1019055690	VEGA CALVERA ANDREA JULIANA	59	0			N																		23	2.788.188	442.673	0	0	0	0	EPS026	2.788.188	348.523	14-7	2.788.188	3	87.450		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14692926566

(415)7707212489984(8020) 000001469292656 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 9 0 8 8 6 9 0	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 9 0 8 8 6 9 0	2 0 1 1 1 2 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
OMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VEGA	CALVERA	ANDREA	JULIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: TV 3 48 A 52 AP 201

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
juli-vega25@hotmail.com		3 2 0 4 6 5 0 2 0 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 7 1 0 0 9						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3
		57. Modo		
		58. CPC		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2020 - 05 - 22 / 16 : 28: 56

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2020

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1019088690
NOMBRES Y APELLIDOS	Vega Calderon Andrea Juliana
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	03/03/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Subsidiado

La presente se expide a nombre de Vega Calderon Andrea Juliana, a los 16 días del mes de septiembre del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Barry Sarmiento

Barry Yeritza Sarmiento Vanegas

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 V5

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde: [redacted]	Hasta:	31-oct.-20
Nombre del Contratista:	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA	Cédula:	1.019.088.690
Correo Electrónico:	juli-vega25@hotmail.com	Teléfono(s):	3204650208
Nombre del Supervisor 1:	[redacted]	Cargo o Actividad:	Profesional especializado en área de salud

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005488	Año Contrato	2020	C.D.P. No.	2103
PERFIL:	MEDICO GENRAL				

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	TUNAL	C01TN	186	36	$ 30.331	$ 6.733.482	0,00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Ocultar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Ocultar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Ocultar							
SALUD PUBLICA PIC	Ocultar							
HONORARIOS	Ocultar							
REMUNERACION	Ocultar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 6.733.482	SEIS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL CUATROSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		8/06/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/09/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-06-08	2020-06-30	1	$ 4.307.002	326	1	Junio	$ 4.792.298
2	2020-07-01	2020-08-31	2	$ 16.378.740	1152	2	Julio	$ 6.733.482
3	2020-09-01	2020-09-30	3	$ 7.218.778	1606	3	Agosto	$ 6.915.468
4	2020-10-01	2020-11-30	4	$ 9.918.237	2103	4	Septiembre	$ 7.279.440
						5	Octubre	$ 6.733.482
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.820.783	$ 40.643.540	$ 32.454.170	$ 8.189.370

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 OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios profesionales dcomo medico en las áreas de hospitalización a los usuarios de la Subred Sur,con el pleno cumplimienot de los estandares de calidad y oportunidad, seguros, eficientes y humanizados y cumplimienot de los protocolos y guias de manejo de la entidad durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta	Presentación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimienots desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clinica sistematizada, examen fisico con evolución a los pacientes entre otros	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
2	Garantizar la continuidad de la atencion médica durante los procesos de ingreso, valoración, evaluación, formulación y egroso.	Procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, los cuales garantizan la continuidad de la atención médica; Evolución diaria de pacientes según el turno asignado, mañana, tarde, noche y así mismo pasar revista con el especialista, generados duante la atención a los usuarios de la Subred Sur.	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
3	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica en cirugia con la respectiva pertinencia.	Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades de manera autónoma, consignadas en la historia clínica.	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
4	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veraz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos

5	Diligenciar oportuna y correctamente los certificados y demás documentación que deba entregarse a los pacientes, con ocasión de la ejecución de lo pactado en el presente contrato.	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclínicos, exámenes diagnósticos, remisiones, así como, la historia clínica de los pacientes en las áreas de hospitalización de cirugía general, generados duante la atención a los usuarios de la Subred Sur E.S.E.	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
6	Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clínica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la misma según la normatividad legal vigente en las áreas de hospitalización de cirugía general, generados duante la atención a los usuarios de la Subred Sur E.S.E.	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
7	Diligenciar correcta y oportunamente la información que exija el sistema de información de la Subred, a fin de que los servicios prestados por el contratista, puedan ser incluidos en el cobro de esta al respectivo asegurador.	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que desarrollen la misión, visión y valores de la Subred Sur E.S.E.	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 7.279.440
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	46188106		
2020	9	2020	10	26			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: SEIS MILLONES NOVECIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO 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	COLFONDOS	$ 2.911.776	$ 465.900	$ 364.000
SALUD		SANITAS		$ 364.000	$ 465.900
ARL		SEGUROS BOLIVAR		$ 70.900	$ 71.000
				$ 900.800	$ 900.900

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	352-353454-53

Andrea Vega

ANDREA JULIANA VEGA CALVERA

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

1.019.088.690

CC. NO. CONTRATISTA

Jose Ring G.
Ciudadano General
Reg. Mil. 15...

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

MARÍA FERNANDA RUIZ

NOMBRE DEL SUPERVISOR 1

Profesional especializado en área de salud

2020-06-12

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	1019065690	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA	CALLE51A#68A-54	3204650208	juli-vega25@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	1	26/10/2020	45188105	$900.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	364.000	0		0		0	0	0	0	364.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	465.900	0	0	0	0	0	0		465.900	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	71.000				71.000	0	0	71.000			710	71.000	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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	364.000	364.000
Pensión	1	465.900	465.900
Riesgos Laborales	1	71.000	71.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	900.900	900.900

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	1019088690	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA	CALLE51A#6A-54	3204650208	juli-vega25@hotmail.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	
2020-09	2020-09	I	28/10/2020	46188106	$900.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	Conductor maquinaria	Colombiano	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	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	1019088690	VEGA CALVERA ANDREA JULIANA	59	0			N																231001	2.911.778	455.900	0	0	0	0	EPS005	2.911.778	364.000	14-7	2.911.778	3	71.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DE BOGOTA D.C. SALUD	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V5

40

53

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde: 01-nov.-20	Hasta:	30-nov.-20
Nombre del Contratista:	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA	Cédula:	1.019.088.690
Correo Electrónico:	juli-vega25@hotmail.com	Teléfono(s):	3204650208
Nombre del Supervisor 1:	MARÍA FERNANDA RUIZ	Cargo o Actividad:	Profesional especializado en área de salud

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005488	Año Contrato:	2020	C.D.P. No.	2103
PERFIL:	MEDICO GENRAL				

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	TUNAL	C01TN	186	30	$ 30.331	$ 6.551.496	0,00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Ocultar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Ocultar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Ocultar							
SALUD PUBLICA PIC	Ocultar							
HONORARIOS	Ocultar							
REMUNERACION	Ocultar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 6.551.496	SEIS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		08/06/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/11/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-06-08	2020-06-30	1	$ 4.307.002	326	1	Junio	$ 4.792.298
2	2020-07-01	2020-08-31	2	$ 16.378.740	1152	2	Julio	$ 6.733.482
3	2020-09-01	2020-09-30	3	$ 7.218.778	1606	3	Agosto	$ 6.915.468
4	2020-10-01	2020-11-30	4	$ 9.918.237	2103	4	Septiembre	$ 7.279.440
						5	Octubre	$ 6.733.482
						6	Noviembre	$ 6.551.496
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.820.783	$ 40.643.540	$ 39.005.666	$ 1.637.874

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	Prestar servicios profesionales dcomo medico en las áreas de hospitalización a los usuarios de la Subred Sur,con el pleno cumplimienot de los estandares de calidad y oportunidad, seguros, eficientes y humanizados y cumplimienot de los protocolos y guias de manejo de la entidad durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta	Presentación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimienots desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clinica sistematizada, examen fisico con evolución a los pacientes entre otros	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
2	Garantizar la continuidad de la atencion médica durante los procesos de ingreso, valoración, evaluación, formulación y egreso.	Procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecucion de las actividades programadas por la subred sur, los cuales garantizan la continuidad de la atención médica; Evolución diaria de pacientes según el turno asignado, mañana, tarde, noche y así mismo pasar revista con el especialista, generados duante la atención a los usuarios de la Subred Sur	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
3	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica en cirugia con la respectiva pertinencia.	Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades de manera autónoma, consignadas en la historia clínica.	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
4	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veraz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
5	Diligenciar oportuna y correctamente los certificados y demás documentación que deba entregarse a los pacientes, con ocasión de la ejecución de lo pactado en el presente contrato.	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de ordenes de control de consulta externa, paraclinicos, exámenes diagnósticos, remisiones, así como, la historia clínica de los pacientes en las áreas de hospitalización de cirugía general, generados duante la atención a los usuarios de la Subred Sur E.S.E.	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos

		Subred Sur E.S.E.	
7	Diligenciar correcta y oportunamente la información que exija el sistema de información de la Subred, a fin de que los servicios prestados por el contratista, puedan ser incluidos en el cobro de esta al respectivo asegurador.	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que desarrollen la misión, visión y valores de la Subred Sur E.S.E.	Talento Humano, Subdirección Hospitalarios, calidad.

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 6.733.482
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2020	10	2020	11	19	46754080		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: SEIS MILLONES NOVECIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO 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	COLFONDOS	$ 2.911.776	$ 430.900	$ 336.700
SALUD		SANITAS		$ 336.700	$ 431.000
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 65.600	$ 65.700
				$ 833.200	$ 833.400

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	352-353454-53

ANDREA JULIANA VEGA CALVERA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.019.088.690
CC. NO. CONTRATISTA

MARÍA FERNANDA RUIZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
Profesional especializado en área de salud

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

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	1010068600	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA		CALLE51A#9A-54	3204660208	jull-vega25@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	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	
2020-10	2020-10	I	19/11/2020	40754080	$633,400	

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	330,700	0		0		0	0	0	0	330,700	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
231001	Colfondos	800227940-0	431,000	0	0	0	0	0	0		431,000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	65,700				65,700	0	0	65,700			007	65,700	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	330,700	330,700
Pensión	1	431,000	431,000
Riesgos Laborales	1	65,700	65,700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	833,400	833,400

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	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010056000	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA	CALLE61A#9A-64	3204650208	jul-vega25@hotmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTA, 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
2020-10	2020-10	I	10/11/2020	46754080	TOTAL A PAGAR	
					$833.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																				PENSION						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Días	Ing	Ext	Correc	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIAS	SUS	CORRECCION	Cod. AFP	ISC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	ISC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	ISC ARL	Clase de Aport.	Cotización	Codigo CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010056000	VEGA CALVERA ANDREA JULIANA	1H	0			N																			230501	2.660.340	431.060	0	0	0	0	EPS005	2.660.340	336.700	14-7	2.660.340	3	96.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

92

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 V5

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-dic.-20	Hasta:	31-dic.-20	
Nombre del Contratista:	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA		Cédula:	1,019,088,690	
Correo Electrónico:	juli-vega25@hotmail.com		Teléfono(s):	3204650208	
Nombre del Supervisor 1:	MARÍA FERNANDA RUIZ		Cargo o Actividad:	Profesional especializado en área de salud	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005488	Año Contrato:	2020	C.D.P. No.	2103
PERFIL:	MEDICO GENRAL				

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	TUNAL	C01TN	186	90	$ 30,331	$ 8,371,356	0.00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Ocultar							
SIRC							$ -	0.00%
RURALIDAD	Ocultar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Ocultar							
SALUD PUBLICA PIC	Ocultar							
HONORARIOS	Ocultar							
REMUNERACION	Ocultar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 8,371,356	OCHO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		6/8/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	1/31/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-06-08	2020-06-30	1	$ 4,307,002	326	1	Junio	$ 4,792,298
2	2020-07-01	2020-08-31	2	$ 16,378,740	1152	2	Julio	$ 6,733,482
3	2020-09-01	2020-09-30	3	$ 7,218,778	1606	3	Agosto	$ 6,915,468
4	2020-10-01	2020-11-30	4	$ 9,918,237	2103	4	Septiembre	$ 7,279,440
5	2020-11-30	2021-01-31	5	$ 8,371,134	2370	5	Octubre	$ 6,733,482
						6	Noviembre	$ 6,551,496
						7	Diciembre	$ 8,371,356
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2,820,783	$ 49,014,674	$ 47,377,022	$ 1,637,652

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	Prestar servicios profesionales dcomo medico en las áreas de hospitalización a los usuarios de la Subred Sur,con el pleno cumplimienot de los estandares de calidad y oportunidad, seguros, eficientes y humanizados y cumplimienot de los protocolos y guias de manejo de la entidad durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta	Presentación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimienots desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clinica sistematizada, examen fisico con evolución a los pacientes entre otros	Historia Clinica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V5

DATOS DEL INFORME

2	Garantizar la continuidad de la atencion médica durante los procesos de ingreso, valoración, evaluación, formulación y egreso.	Procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, los cuales garantizan la continuidad de la atención médica; Evolución diaria de pacientes según el turno asignado, mañana, tarde, noche y así mismo pasar revista con el especialista, generados duante la atención a los usuarios de la Subred Sur.	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
3	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica en cirugia con la respectiva pertinencia.	Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades de manera autónoma, consignadas en la historia clínica.	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
4	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veráz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
5	Diligenciar oportuna y correctamente los certificados y demás documentación que deba entregarse a los pacientes, con ocasión de la ejecución de lo pactado en el presente contrato.	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclínicos, exámenes diagnósticos, remisiones, así como, la historia clínica de los pacientes en las áreas de hospitalización de cirugía general, generados duante la atención a los usuarios de la Subred Sur E.S.E.	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
6	Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clínica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la misma según la normatividad legal vigente en las áreas de hospitalización de cirugía general, generados duante la atención a los usuarios de la Subred Sur E.S.E.	Historia Clínica y examen fisico loscuales reposan en medios magnéticos
7	Diligenciar correcta y oportunamente la información que exija el sistema de información de la Subred, a fin de que los servicios prestados por el contratista, puedan ser incluidos en el cobro de esta al respectivo asegurador.	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que desarrollen la misión, visión y valores de la Subred Sur E.S.E.	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 6,551,496
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2020	11	2020	12	14	47353257		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: SEIS MILLONES NOVECIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO 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	COLFONDOS	$ 2,693,393	$ 419,300	$ 419,300
SALUD		SANITAS		$ 327,600	$ 327,600
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 63,800	$ 63,900
				$ 810,700	$ 810,800

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	352-353454-53

ANDREA JULIANA VEGA CALVERA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1,019,088,690
CC. NO. CONTRATISTA

MARÍA FERNANDA RUIZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
Profesional especializado en área de salud

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

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	1019088690	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA		CALLE51A#6A-54	3204650208	juli-vega25@hotmail.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	
2020-11	2020-11	I		47353257	$810.600	

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	327.600	0		0		0	0	0	0	327.600	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
231001	Colfondos	800227940-6	419.300	0	0	0	0	0	0		419.300	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	63.900				63.900	0	0	63.900			639	63.900	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	327.600	327.600
Pensión	1	419.300	419.300
Riesgos Laborales	1	63.900	63.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	810.800	810.800

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	1019085690	ANDREA JULIANA VEGA CALVERA	CALLE51A#6A-54	3204650208	jul-vega25@hotmail.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	
2020-11	2020-11	I		47353257	$810,800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Extranjero	Exterior	Colom. exterior	Sustitución pensional	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	1019085690	VEGA CALVERA ANDREA JULIANA	59	0			N																		23501	2,620,599	419,300	0	0	0	0	EPS005	2,620,599	327,600	14-7	2,620,599	3	63,900		0	0	0	0	0	0	0	0

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