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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	1-feb-21	Hasta:	28-feb-21			
Nombre del Contratista:	Paula Andrea Higuera López		Cédula:	1026590356			
Correo Electrónico:	pau.andreahl29@gmail.com		Teléfono(s):	3046796997			
Nombre del Supervisor - Planta:	Yolanda Rodriguez Baquero		Cargo:	PROFESIONAL DEL AREA DE LA	Codigo-Grado:	242-30	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:	Jorge Moreno Charris		Cargo:	MÉDICO	Código-Grado:	211-11	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001498	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MÉDICO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS VISTA HERMOSA				

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							
CONSULTA URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B01VB	56		$ 33.570	$ 1.879.920	33,33%
URG OBSERVACION - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B02VB	56		$ 33.570	$ 1.879.920	33,33%
PROCEDIMIENTOS URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B03VB	56		$ 33.570	$ 1.879.920	33,33%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 5.639.760	CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2	Febrero	$ 5.639.760
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 24.170.400	$ 24.170.400	$ 5.639.760	$ 18.530.640

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	REALIZAR ACTIVIDADES EN EL AREA DE URGENCIAS CON PLENA AUTONOMIA DE ACUERDO A LAS GUIAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES	USAR NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LA DISPOSICION DE INSUMOS FARMACOLOGICOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN LE MOMENTO DE LA FORMULACION	FORMULACION, RACIONAL, MEDICAMENTO, FORMULA MEDICA
2	CONOCER Y APLICAR LAS GUIAS DE ATENCION, PROTOCOLOS, MANUALES Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, EN ESPECIAL LOS RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO CONTRACTUAL	UTILIZAR NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LA DISPOSICION DE INSUMOS FARMACOLOGICOS UQE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO	FORMULACION, RACIONAL, MEDICAMENTO, FORMULA MEDICA
3	REALIZAR ATENCION DE CONSULTA DE URGENCIA, TRIAGE, EVOLUCION HOSPITALIZACION Y EN OBSERVACION, ATENCION DE PARTOS A PACIENTES GESTANTES DE ACUERDO A LAS GUIAS DE ATENCION, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES	BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA REALIZA LA FORMULACION PERTINENTE	FORMULAS MEDICAS PAUTADAS
4	CONOCER Y NOTIFICAR ADECUADA Y OPORTUNAMENTE LA FICHA DE NOTIFICACION DE INFECCIONES ASICUADAS AL CUIDADO DE LA SALUD AL REFERENTE DE IACS	REALIZAR EOLUCION DE PACIENTES HISPITALIADOS , OBSERVACION Y GENERAR PLANES DE MANEJO	PLAN DE MANEJO Y EVOLUCION

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

5	ENTREGAR MENSUAL AL SUPERVISOR DEL CONTRATO INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL OBJETO CONTRACTUAL	PRESENTACION DE CUENTAS DE COBRO Y ACTIVIDADES	FORMATOS
6	BRINDAR ATENCION HUMANIZADA AL CLIENTE EXTERNO Y ESTABLECER RELACIONES DE CORDIALIDAD CON EL CLIENTE INTERNO DE LA SUBRED	APLICANDO PROTOCOLOS DE ATENCION A URGENCIA Y TRATO HUMANIZADO	HISTORIAS CLINICAS
7	CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED	APLICANDO PROTOCOLOS	LLENAR FORMATOS
8	EL CONTRATISTA DEBERA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES CUANDO HAYA LUGAR	PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	PLANILLA DE PAGO
9	CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y LA PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA SUBRED , EN EL DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y ACTIVIDADES	REALIZACION DE EVALUACIONES EN LA PLATAFORMA	EVALUACIONES
10	EFECTUAR EL SEGUIMIENTO AL PERSONAL PARAMEDICO FRENTE A LA ADHERENCIA, A LA POLITICA DE IASC Y A LA ESTRATEGIA DEL LAVADO DE MANOS, ASI COMO EL USO ADECUADO DE UNIFORME QUIRURGICO	REALIZAR LA EVOLUCION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVACION Y GENERAR PLANES DE MANEJO	REALIZAR EVOLUCION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVACION Y GENERAR PLANES DE MANEJO

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 5.459.580
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	1	2021	02	15	48652848		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	PORVENIR	$ 2.183.832	$ 349.400	$ 349.500
SALUD		FAMISANAR		$ 273.000	$ 273.000
ARL	3	SURA		$ 53.200	$ 53.200
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 675.600	$ 675.700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO COLPATRIA	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	1932031950

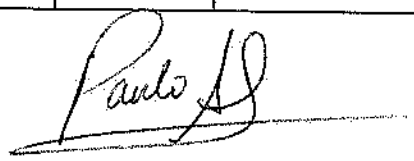
Paula Andrea Higuera López
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.026.590.356
CC / NO. CONTRATISTA

Yolanda Rodriguez Baquero
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL DEL AREA DE LA SALUD

Jorge Moreno Charris
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
MÉDICO

2021-02-12

PAULA ANDREA HIGUERA LOPEZ				
MEDICO GENERAL		CEDULA : 1026590356		TURNO NOCHE
FEBRERO 1- FEBRERO 28/2021				
FECHA	HORAS BASE	HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	VALOR TURNO
1	12		33.570	402.840
2				
3	12		33.570	402.840
4				
5	12		33.570	402.840
6				
7	12		33.570	402.840
8				
9	12		33.570	402.840
10				
11	12		33.570	402.840
12				
13	12		33.570	402.840
14				
15	12		33.570	402.840
16				
17	12		33.570	402.840
18				
19	12		33.570	402.840
20				
21	12		33.570	402.840
22				
23	12		33.570	402.840
24				
25	12		33.570	402.840
26				
27	12		33.570	402.840
28				
TOTAL HORAS	168			$ 5.639.760



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	1026590356	PAULA ANDREA HIGUERA LOPEZ	Calle 23 Bis # 28-20	6944765	pau.andreahl29@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	1	15/02/2021	48652848	$675.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	273.000	0		0		0	0	0	0	273.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-6	349.500	0	0	0	0	0	0		349.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	53.200				53.200	0	0	53.200			532	53.200	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	273.000	273.000
Pensión	1	349.500	349.500
Riesgos Laborales	1	53.200	53.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	675.700	675.700

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	1026590356	PAULA ANDREA HIGUERA LOPEZ		Calle 29 Bis # 28-20	6944768	pau.androahl29@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	15/02/2021	48652848	$675.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dpto Cotiza	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIAS COTIZADOS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	1026590356	HIGUERA LOPEZ PAULA ANDREA	99	0			N							X									30	230301	2.183.832	349.500	0	0	0	0	EPS017	2.183.832	273.000	14-11	2.183.832	3	65.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

LISTA DE CHEQUEO ACTIVIDADES MEDICO

USS: VISTA HERMOSA | **FECHA:28/02/2021**

Nombres y Apellidos del medico: PAULA ANDREA HIGUERA

N °	ITEM A EVALUAR	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
1	Se presenta oportunamente en el servicio asignado y realiza la entrega de turno	X			
2	Conoce y aplica los documentos establecidos por la subred sur para ofrecer un servicio oportuno, humanizado y cumple con los	X			
3	Aplica correctamente sus conocimientos científicos, para tomar deciones en el manejo de	X			
4	Conoce y aplica los derechos deberes de los usuarios?	X			
5	Realiza el diligenciamiento correcto y completo de los documentos establecidos en la subred sur, incluida la HC, y fichas de notificacion	X			
6	Muestra disponibilidad ante la asignación de otras actividades inherentes a su cargo?	X			
7	Entrega oportunamente las actividades realizadas en el mes finalizado?	X			
8	Muestra actitud de cordialidad y humanización frente a sus compañeros de trabajo?	X			
9	Conoce y utiliza correctamente la ruta de acceso a los documentos, para consultarlos cuando sea necesario?	X			
10	Presenta oportunamente, si es necesario, un informe solicitado , relacionado con sus	X			
11	Entrega oportunamente los documentos requeridos para efectuar el pago de sus	X			
12	Participa activamente en la implementación de acciones de mejora y ayuda en el	X			
13	Guarda confidencialidad en la información recibida de acuerdo a su cargo?	X			
14	Conoce, acepta y asume su responsabilidad ante circunstancias negativas, ocurridas durante el desarrollo de sus actividades?	X			
15	Utiliza, aplica y registra completa y correctamente los documentos vigentes establecidos en la subred sur?	X			

Supervisor 1-Profesional especializado	**Nombre:** Yolanda Rodriguez Baquer **CC.** **Firma:**
Apoyo a la supervision	**Nombre:** **Firma:**

Dr. Jorge Moreno Ch.
C.C. 12.624.355
R.M. 46495
Epidemiologia H.S.O.