02

	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-mar-21	Hasta:	31-mar-21			
Nombre del Contratista:	LENI ROCIO SANCHEZ MATEUS		Cédula:	1024528075			
Correo Electrónico:	lenir.sanchez@gmail com		Teléfono(s):	3102878416			
Nombre del Supervisor - Planta:	YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO		Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Codigo-Grado:	242 - 30	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:	JORGE MORENO CHARRI		Cargo:	MEDICO GENERAL	Codigo-Grado:	211 -11	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001478	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MEDICO GENERAL				
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	66		$ 33.570	$ 2.215.620	34,38%
URG OBSERVACION - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B02VB	66		$ 33.570	$ 2.215.620	34,38%
PROCEDIMIENTOS URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B03VB	60		$ 33.570	$ 2.014.200	31,25%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar						$ -	0
SIRC								
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:		$ 6.445.440	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA 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	Marzo	$ 6.445.440
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 19.336.320	$ 19.336.320	$ 12.085.200	$ 7.251.120

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	UTILIZAR NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LA DISPONIBILIDAD DE INSUMOS FARMACOLOGICOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION	FORMULACION RACIONAL MEDICAMENTO - FORMULAS MEDICAS
2	CUMPUR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y LA PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA SUBRED, EN EL DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y ACTIVIDADES	REALIZACION DE EVALUACION DE LA PLATAFORMA	EVALUACIONES

Escaneado con CamScanner

3	REALIZAR ATENCION DE CONSULTA DE URGENCIAS, TRIAGE, EVOLUCION EN HOSPITALIZACION Y EN OBSERVACION, ATENCION DE PARTOS A PACIENTES GESTANTES, DE ACUERDO A LAS GUIAS DE ATENCION, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	BASADO EN LA EVIDENIA CIENTIFICA REALIZAR FORMULACION PERTINENTE	FORMULAS MEDICAS PAUT
4	CONOCER Y APLICAR LA POLITICA DE INFECCION ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD Y LOS CINCO MOMENTOS PARA LA HIGIENIZACION DE LAVADO DE MANOS	NO APLICA	NO APLICA
5	CONOCER Y NOTIFICAR ADECUADA Y OPORTUNAMENTE LA FICHA DE NOTIFICACION DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	REALIZAR EVOLUCIONES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVCION Y GENERAR PLANES DE MANEJO	PLANES DE MANEJO Y EVOLUCION
6	LAS DEMAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETIVODEL CONTRATO QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL MISMO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO Y EN LA UNIDAD DONDE SEA REQUERIDO	CUMPLIENTO DE METAS Y COMPROMIO ASIGNADOS	NO APLICA
7	ENTREGA MENSUALAL SERVICIO DEL CONTRATO, INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL OBJETO CONTRACTUAL	PRESENTACION DE CUENTA DE COBRO Y ACTIVIDADES	FORMATOS
8	BRINDAR ATENCION HUMANIZADA AL CLIENTE EXTERNO Y ESTABLECER RELACIONES DE CORDIALIDAD CON EL CLIENTE INTERNO DE LA SUBRED	APLICAR PROTOCOLOS DE ATENCION DE URGENCIAS Y TRATO HUMANIZADO	HISTORIAS CLINICAS
9	CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED	APLICANDO PROTOCOLOS	LLENAR FORMATOS
10	EL CONTRATISTA DEBERA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCAL CUANDO HAYA LUGAR	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	PLANILLA DE PAGO

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 5.639.760
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	917759670		
2021	2	2021	03	09			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

ITEM		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	COLPENSIONES	$ 2.255.904	$ 360.900	$ 386.100
SALUD		COMPENSAR		$ 282.000	$ 301.700
ARL	3	SURA		$ 55.000	$ 58.800
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 697.900	$ 746.600

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	055048841529254 6

LENI ROCIO SANCHEZ MATEUS
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.024.528.075
CC. NO. CONTRATISTA

YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL AREA DE LA SALUD

JORGE MORENO CHARRI
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
MEDICO GENERAL

2021-02-12

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U	C	S	D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1024528075-	LENI ROCIO SANCHEZ MATEUS	☑	☐	☐	☐		

PERIODO DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
2021	2	2021	492004!		PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
calle 57b sur # 86 d 15	BOGOTÁ, D.C	11001	BOGOTÁ D. C	11	9061453	9061453	leni.sanchez@gmail.com	8299	0	1	2021/03/09	917758670

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATORI	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC MATERNIDAD No AUT	LIC MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA DEL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	301.700	0		0		0	301.700	0	0	0	301.700	0		0	0	301.700	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	386.100	0	0	0	0	0	0	386.100	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	899903790-5	58.800		0	0	58.800
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	58.800		0	588	58.800

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IDE, LIMA Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	386.100	386.100
SALUD	301.700	301.700
RIESGOS LABORALES	58.800	58.800
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	746.600	746.600

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

Escaneado con CamScanner