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 V8

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 01 mar.-21 | Hasta | 31-mar.-21 | | |
| Nombre del Contratista: | SANDRA LILIANA ROJAS CARDOZO | | Cédula | 52.539.786 | | |
| Correo Electrónico: | salliroca@gmail.com | | Teléfono(s): | 3134966733 | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ | | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | Codigo-Grado: | 242-28 |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo | | Codigo-Grado: | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | JHON EDISON PARRA MANCIPE | | Perfil | REFERENTES SUBRED | No. CTO: | 1597-2021 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 3484-2021 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 72 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | UHMES EL TUNAL | | | | |

## 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 | | | | | | | |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Ocultar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS - USS EL TUNAL | | TUNAL | J02TN | 192 | | $ 33.570 | $ 6.445.440 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | $ - | 0,00% |
| 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 | $ 6.612.660 |
| | | | | | | 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 |
|---|---|---|---|
| $ 24.170.400 | $ 24.170.400 | $ 13.058.100 | $ 11.112.300 |

## 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 de perfil (médico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes. | Brindar atencion medica a pacientes de la SUBRED SUR con principios de calidad, oportunidad y pertinencia de acuerdo a su condicion de salud. Realizar valoracion de ingreso y de seguimiento hasta su egreso. | HISTORIA CLINICA |
| 2 | Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | Realizar entrega de informacion a familiares explicando de manera clara y en lenguaje entendibe para el paciente y/o familiar. | REGISTROS DE HISTORIA CLINICA |

| 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | Realizar trabajo permanente elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad | HISTORIA CLINICA |
| 5 | Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. | Valorar diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso. | |
| 6 | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | Realizar acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | HISTORIA CLINICA |
| 7 | Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | Es la actividad diaria realizada por médico con el fin de evaluar de manera individual la condición clínica del paciente, aplicando sistemáticamente los siguientes pasos: interrogatorio, examen físico, valoración exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas y otros, análisis de la condición clínica y definición de la conducta a seguir. Obliga al registro sistemático e INMEDIATO en la historia clínica en el folio "EVOLUCIÓN DE PACIENTES". | HISTORIA CLINICA |
| 8 | Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | Entrega de información de pacientes a familiares en la Subred Sur E.S.E., con el fin de facilitar el contacto familiar, fortalecer su proceso de rehabilitación, cuidado, asistencia y la posterior integración social del paciente a su familia y la comunidad. | HISTORIA CLINICA - REGISTRO DE ENTREGA DE INFORMACION A FAMILIARES |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 6.612.600 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 2 | 2021 | 03 | 12 | 7783689560 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: SEIS MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL SEISCIENTOS 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 | SKANDIA | $ 2.645.040 | $ 423.200 | $ 423.400 |
| SALUD | | SANITAS | | $ 330.600 | $ 330.800 |
| ARL | 3 | POSITIVA | | $ 64.400 | $ 64.500 |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 818.200 | $ 818.700 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | HELM BANK S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 765021304 |
|---|---|---|---|---|---|

SANDRA LILIANA ROJAS CARDOZO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52[illegible]

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

Dr. Jhon Edison Parra M.
Esp. Medicina de Urgencias
Medico de UCI USS Tunal
RM 80125488

JHON EDISON PARRA MANCIPE
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTES SUBRED

2021-02-12

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52539786 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SANDRA LILIANA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | KR 80B N 6-25 BQ 17 APTO 168 | TELÉFONO: | 4122473 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de hospitales y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7783689560** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/03/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 920889056 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800253055 | 230901 | 230901-SKANDIA OBLIGATORIO | 1 | $ 423.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 423.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 330.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 330.800** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 64.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 64.500** |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 818.700** |
|---|---|