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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	DANILO EMBER MORALES HERRERA		Cédula:	73161463			
Correo Electrónico:	danilomh9@hotmail.es		Teléfono(s):	3002986220			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:	CODIGO 242 GRADO 28	
Nombre del Supervisor - Contratista:	YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:	CODIGO 211 GRADO 11	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	JORGER ANTONIO MORENO CHARRIS		Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001413	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MEDICO GENERAL				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE URGENCIAS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	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	74		$ 33.570	$ 2.484.180	39,15%
URG OBSERVACION - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B02VB	60		$ 33.570	$ 2.014.200	31,75%
PROCEDIMIENTOS URGENCIAS - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	B03VB	55		$ 33.570	$ 1.846.350	29,10%
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:	$ 6.344.730	SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA 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	$ 6.848.280
1	2021-05-01	2021-06-30	1	12.488.040	955	4	Abril	$ 6.344.730
						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	$ 36.658.440	$ 18.832.770	$ 17.825.670

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 COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS CON PLENA AUTOOMIA DE ACUERDO A LAS GUIAS Y PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES	HACER USO DE NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LAS DISPOSICION DE INSUMOS FARMACOLOGICOS CON LOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION	FORMULA DE MEDICAMENTOS, HISTORIA CLINICA
2	CONOCER Y APLICAR LAS GUIAS DE ATENCION , PROTOCOLOS, MANUALES Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES EN ESPECIAL LOS RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETIVO CONTRACTUAL	HACER USO DE NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LAS DISPOSICION DE INSUMOS FARMACOLOGICOS CON LOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION	FORMULA DE MEDICAMENTOS, HISTORIA CLINICA
3	REALIZAR ATENCIONDE CONSULTA DE URGENCIAS, TRIAGE, EVOLUCION EN HOSPITALIZACION, OBSERVACION , ATENCION DE GASTANTES, ATENCION DE PARTO DE ACUERDO A LAS GUIAS DE ATENCION , PROTOCOLOS Y PROCEDMIENTOS INSTITUCIONALES.	BASADO EN LA EVIDENCIA CLINICA REALIZAR FORMULACION PERTINENTE	FORMULA MEDIAS PAUTADAS
4	CONOCER Y APLICAR LA POLITICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LOS CUIDADOS EN SALUD Y LOS 5 MOMENTOS DE LA HIGUENIZACION DEL LAVADO DE MANOS	CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS AL PIE DE LA LETRA	HISTORIA CLINICA, LISTAS DE CHEQUEO

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

5	CONOCER Y NOTIFICAR ADECUADAMENTE Y/O OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS DE SEGUIMIENTO EN SALUD PUBLICA COMO LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD AL REFERENTE DE IAAS	REALIZAR EVOLUCION DE PACIENTE HOSPITALIZADOS, OBSERVACION Y GENRAL PLANES DE MANEJO	HISTORIA CLINICA, PLANES DE MANEJO Y EVOLUCION CLINICA
6	EFECTUAR EL SEGUIMIENTO AL PERSONAL PARAMEDICO FRENTE A LA ADHERENCIA A LAS POLITICAS DE IAAS Y A LA ESTRATEGIA DE LAVADO DE MANOS , ASI COMO EL USO ADECUADO DEL UNIFORMA QUIRURGICO	REALIZAR EVOLUCION DE PACIENTE HOSPITALIZADOS, OBSERVACION Y GENRAL PLANES DE MANEJO	HISTORIA CLINICA
7	LAS DEMAS ACTIVIDADES INHERENTES DEL OBJETO CONTRACTURAL QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, ASI DEPENDIENDO DE LAS NECESIDADEES DEL SERVICIO O LA UNIDAD A LA QUE SEA REQUERIDO	CUMPLIMIENTO DE METAS Y COMPROMISOS ASIGNADOS	HISTORIA CLINICA
3	ENTREGA MENSUAL AL SUPERVISOR DEL CONTRATO EL RESPECTIVO INFORME DE ACTIVIADES DESARROLLADAS DENTRO DEL OBJETO CONTRACTUAL	PRESENTACION DE CUENTAS DE COBRO Y ACTIVIDADES	FORMATO PERTINENTE
9	BRINDAR INFORMACION Y ATENCION HUMANIZADA AL CLIENTE EXTERNO Y Y ESTABLECER RELACIONES DE COORDIALIDAD CON EL CLIENTE INTERNO DE LA SUBRED	APLICACION DE PROTOCOLOS DE ATENCION DE URGENCIAS Y TRATO HUMANIZADO	HISTORIA CLINICA
10	CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED	APLICACION DE PROTOCOLOS DE ATENCION DE URGENCIAS Y TRATO HUMANIZADO	DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS PERTINENTES

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 6.848.280
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	3	2021	04	12	7786568039		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA 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	COLFONDO	$ 2.739.312	$ 438.300	$ 440.000
SALUD		COMPENSAR		$ 342.400	$ 343.800
ARL	3	SURA		$ 66.700	$ 67.000
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 847.400	$ 850.800

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	004870412980

DANILO EMBER MORALES HERRERA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
79.161.463
CC. NO. CONTRATISTA

JORGER ANTONIO MORENO CHARRIS
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

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

2021-02-12

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	73161463
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANILO EMBER MORALES HERRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KM 13 VARINATE MADRID FACA	TELÉFONO:	8209324
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7786568039**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	marzo
	AÑO:	2021		AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		952732430

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 440.000
SUBTOTAL:			1	**$ 440.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 343.800
SUBTOTAL:			1	**$ 343.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 55.000
SUBTOTAL:			1	**$ 55.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 67.000
SUBTOTAL:			1	**$ 67.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 905.800**