Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-07-01	**Hasta:**	2022-07-31	
Nombre del Contratista:	ANA TERESA RAMIREZ ESCALANTE		**Número de Documento:**	743615	
Correo Electrónico:	anat.ramirez2015@gmail.com		**Número Telefónico:**	3194022988	
Nombre del Supervisor:	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5581-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1291
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K27PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$3736514	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3736514**	**TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCEPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-05-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-06-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-06-21	2022-08-15	1	$ 1124582	1738
2	2022-07-01	2022-07-31	2	$ 3736514	1823

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 3627684
2	JUNIO	$ 3663961

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6167063	$ 11028159	$ 7291645	$ 3736514

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar el seguimiento al agendamiento de citas, gestión de citas con especialistas y digitadores del Entorno. Realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación de riesgos en Salud en familias con población priorizada: mujeres gestantes, menores de cinco años y adulto con enfermedades crónicas (HTA-DBT-EPOC)	-realizar el seguimiento al agendamiento de citas, gestión de citas con especialistas y digitadores del Entorno. Realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación de riesgos en Salud en familias con población priorizada: mujeres gestantes, menores de cinco años y adulto con enfermedades crónicas (HTA-DBT-EPOC)	--abrir plan familiar ,diligenciar formatos requeridos ,solicitar citas
2	Realizar activacion de ruta según las necesidades identificadas y realizar seguimiento a la efectividad de las mismas generadas por el Entorno. Realizar llamadas de seguimiento presencial y telefónico a las cohortes priorizadas (usuarios crónicos, gestantes, infancia) con el fin de identificar y gestionar riesgos en Salud	-Realizar activación de ruta según las necesidades identificadas y realizar seguimiento a la efectividad de las mismas producidas por el Entorno. Realizar llamadas de seguimiento presencial y telefónico a las cohortes priorizadas (usuarios crónicos, gestantes, infancia) con el fin de identificar y gestionar riesgos en Salud	-mediante la notificación a las areas correspondientes para la activación de ruta direccionando a 123 o canalización , mediante seguimiento telefónico y presencial
3	Realizar visita domiciliaria periurbana diligenciando caracterización familiar para la identificación de riesgos en Salud. Realizar la toma de muestra de Covid19 por medio de hisopado nasofaringeo de acuerdo a protocolo DEL Ministerio de Salud	--Realizar visita domiciliaria periurbana diligenciando caracterización familiar para la identificación de riesgos en Salud. Realice la toma de muestra de Covid19 por medio de hisopado nasofaringeo de acuerdo a protocolo DEL Ministerio de Salud	--realizando ficha de caracterización, direccionar A los usuarios donde realizar las pruebas covid 19
4	Realizar caracterización a instituciones de Persona mayor para identificar riesgos en Salud de las personas institucionalizadas	--Realizar caracterización a instituciones de Persona mayor para identificar riesgos en Salud de las personas institucionalizadas	--mediante visitas concertadas se abre plan familiar si se identifica riesgos en salud
5	Verificar la adherencia a tratamientos ordenados para personas con condiciones crónicas, identificación de factores de riesgo y signos de alarma, así como la información de rutas que se deben activar y el momento en los que se debe acudir a los servicios de Salud	--verificar la adherencia a tratamientos ordenados para personas con condiciones crónicas, identificación de factores de riesgo y signos de alarma, así como la información de rutas que se deben activar y el momento en los que se debe acudir a los servicios de Salud	--mediante ordenes medicas y verificando con los blister de las pastillas, mediante la toma de signos vitales y medidas antropométricas
6	Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente y el lider	--Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las recomendaciones, obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente y el lider	--mediante recomendaciones, charlas y demostraciones al usuario
7	Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E., Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC	-Cumplir con la disponibilidad otorgada, acuerdo al portafolio de servicios de la ESE, Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC	--seguir lineamientos según los protocolos de la institución y cumplirlos.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		**Fecha de Pago**			**Número de Planilla**	**Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior**		$ 3663961
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	60255898			
2022	**JUNIO**	**2022**	**07**	**12**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UNPESOS			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1465584	$ 234493	$ 240000
Salud					COMPENSAR		$ 183198	$ 187500
ARL				3	SURA		$ 35702	$ 36600
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	**Total**	$ 425341	$ 464100

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	550003900162235

ANA TERESA RAMIREZ ESCALANTE
743615

ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Realizar ficha(s) de notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de los eventos identificados durante sus intervenciones según corresponda	–Realizar ficha(s) de notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de los eventos identificados durante sus intervenciones según corresponda	–según el riesgo encontrado en la notificar de manera oportuna

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CE	743815	ANA TERESA RAMIREZ ESCALANTE		Carrera 80D #8A-19 Valladolid	3022988	anat.ramirez2015@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	
2022-06	2022-06	I	12/07/2022	60255698	$494.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	187.500	0		0		0	0	0	0	187.500	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	800224808-8	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	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										
14-11	ARL SURA	830603790-5	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.000	0	0	30.000	1

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	187.500	187.500
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	1	30.000	30.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	494.100	494.100

PAGADA

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
CE	743615	ANA TERESA RAMIREZ ESCALANTE		Carrera 80D #8A-19 Valladolid	3022988	anat.ramirez2015@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

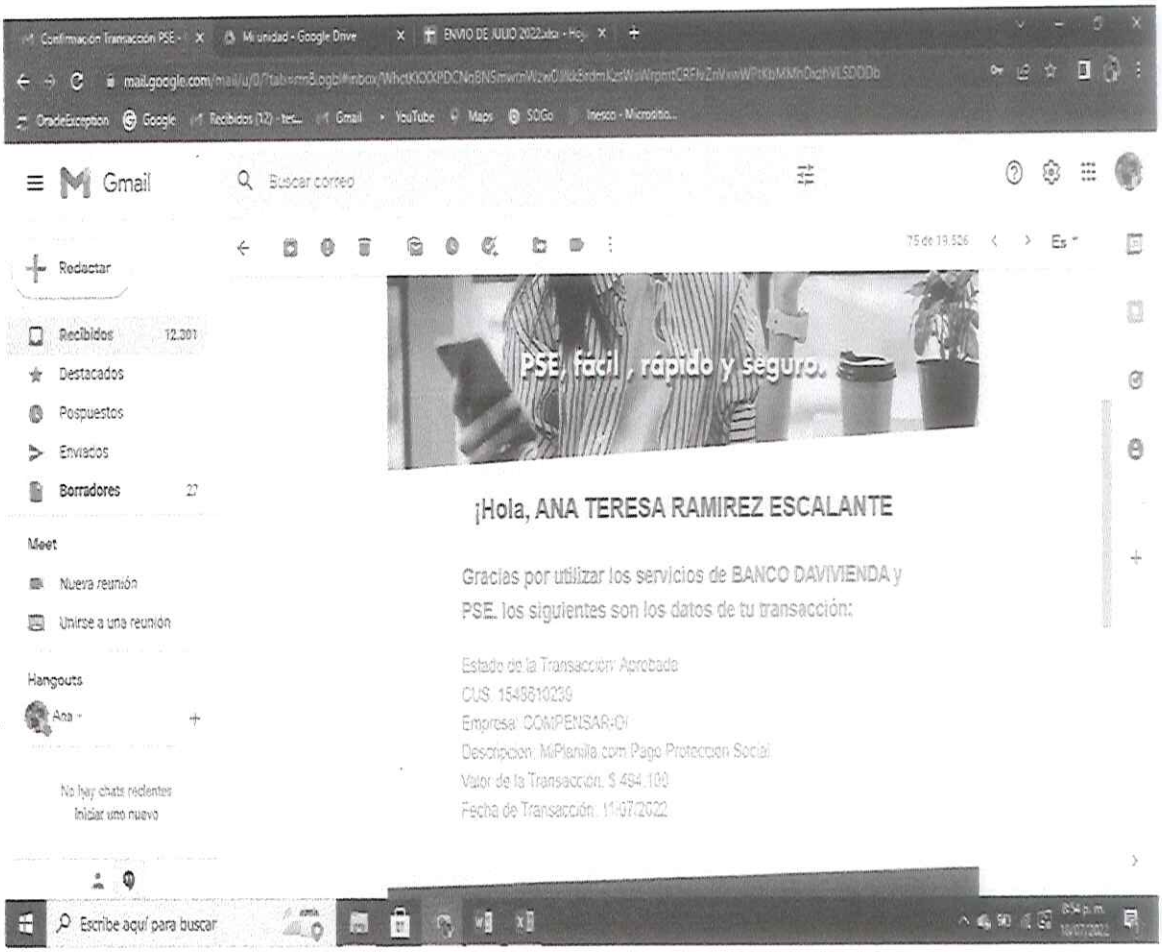
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	I	12/07/2022	60255893	$484.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COLECTIVA	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	CE	743615	RAMIREZ ESCALANTE ANA TERESA	57	0			N																	230331	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS008	1.500.000	187.500	14-11	1.500.000	3	39.600	CCF24	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Confirmación Transacción PSE -
Mi unidad - Google Drive
ENVIO DE JULIO 2022.xlsx - Hoja
mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/
Gmail
Buscar correo
Redactar
Recibidos 12.001
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 27
Meet
Nueva reunión
Unirse a una reunión
Hangouts
Ana
No hay chats recientes
Iniciar uno nuevo
75 de 19.526
PSE, fácil , rápido y seguro.
¡Hola, ANA TERESA RAMIREZ ESCALANTE
Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:
Estado de la Transaccion: Aprobado
CUS: 1548610239
Empresa: COMPENSAR-CI
Descripcion: MiPlanilla com Pago Proteccion Social
Valor de la Transaccion: $ 494.100
Fecha de Transacción: 11/07/2022
Escribe aquí para buscar

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CUENTA ABRIL -5423- 2021.pdf (Archivado)	CUENTA ABRIL -5423- 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUETA MAYO 5423 2021.pdf (Archivado)	CUETA MAYO 5423 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA MAYO 2022 ACTU.pdf (Archivado)	CUENTA MAYO 2022 ACTU.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA MAYO 5423 2021.pdf (Archivado)	CUENTA MAYO 5423 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA MAYO-CTO 5581-2022.pdf (Archivado)	CUENTA MAYO-CTO 5581-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	**CUENTA MAYO-CTO 5581-2022 (2) (1)-1-2.pdf**	**CUENTA MAYO-CTO 5581-2022 (2) (1)-1-2.pdf**	**Proveedor**	Descargar	Detalle
☐	**CUENTA JUNIO- CTO- 5581 2022.pdf**	**CUENTA JUNIO- CTO- 5581 2022.pdf**	**Proveedor**	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Ultima Actualización: 20-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANA TERESA RAMIREZ ESCALANTE

IDENTIFICADO CON C.C. ○ **C.E.** ⓧ **T.I.** ○ **No.** 743615 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección cra 80 D No 8 a 19 barrio valladolid **Teléfonos** 3194022988 3022848

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
yirsel biszania sanchez ramirez	788443	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

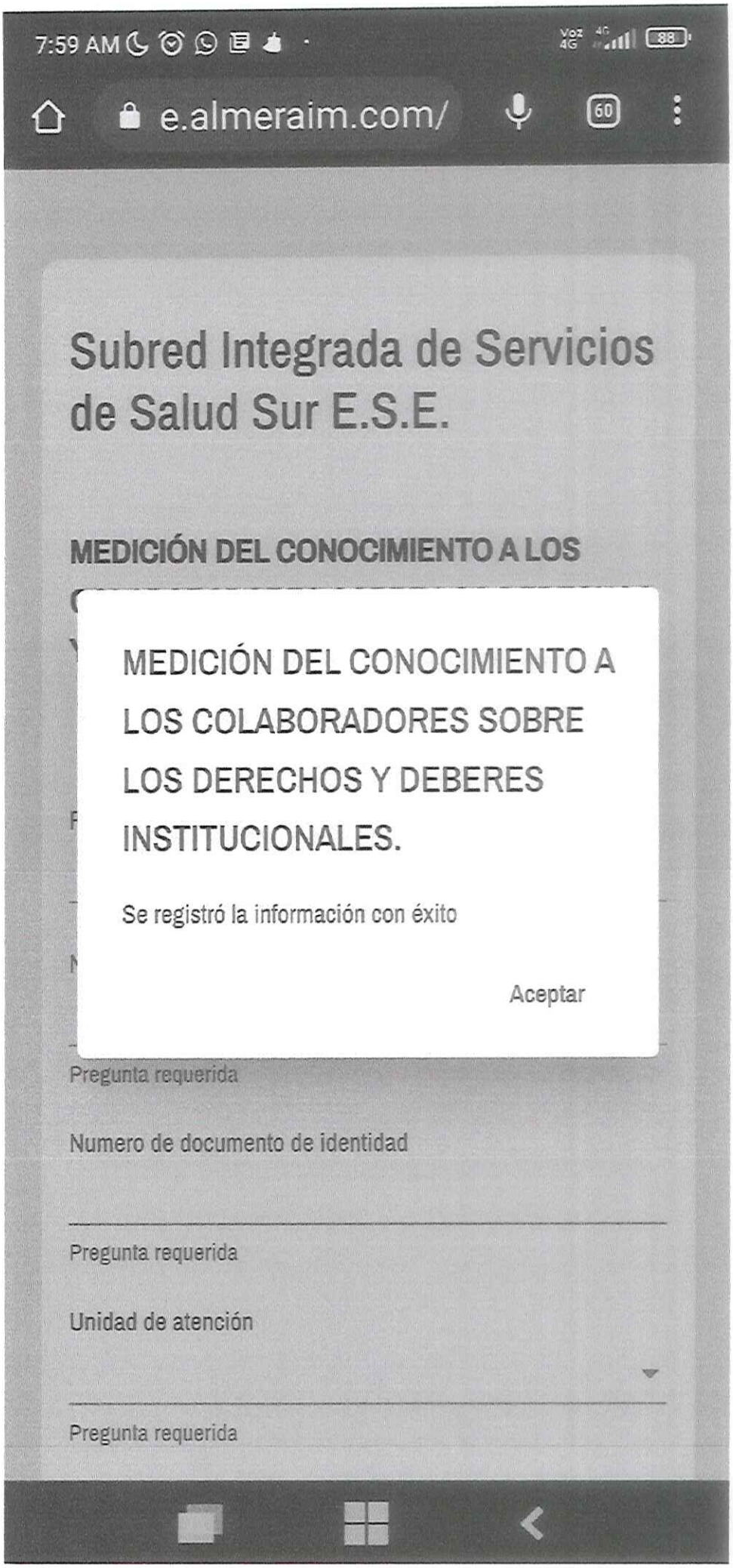
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÈS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ANA TERESA RAMIREZ ESCALANTE
Identificación:	743615
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	anat.ramirez2015@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	20/07/22 0:00


7:59 AM
e.almeraim.com/
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS
MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.
Se registró la información con éxito
Aceptar
Pregunta requerida
Numero de documento de identidad
Pregunta requerida
Unidad de atención
Pregunta requerida