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:	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES		**Número de Documento:**	1013665330	
Correo Electrónico:	johanatorres089@gmail.com		**Número Telefónico:**	3005305699	
Nombre del Supervisor:	LILIANA MARCELA CASTELLANOS CASALLAS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5320-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1291
Perfil:	TECNICO 1 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$2299415	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2299415**	**DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCEPESOS**		

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	2022-05-01	2022-05-31	1	$ 363985	1291
2	2022-06-21	2022-08-15	2	$ 692058	1738
3	2022-07-01	2022-07-31	3	$ 2299415	1823
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 2596427	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	JUNIO	$ 2254767

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3795151	$ 7150609	$ 4851194	$ 2299415

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Participación mensual en Asistencias Técnicas del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde el nivel Central	-Participación mensual en Asistencias Técnicas del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis y Hansen convocadas desde nivel Central - Asitencias a reunión en secretaria de salud.	-Acta y listado de asistencia
2	Realizar apoyo a la administración de tratamientos de tuberculosis y Hansen mediante las modalidades descritas en el Lineamiento Técnico y Operativo del Programa Nacional de Tuberculosis	-Disitribución de esquemas de tratamiento a casos de tuberculosis y hansen a prestadores y pacientes con TDO comunitario , verificando el diligenciamiento mensual en IPS y quincenal en comunidad de dosis registradas.	-Actas de entrega de medicamentos.
3	Realizar solicitud de medicamentos de manera mensual o según requerimiento a la Secretaría Distrital de salud, verificando la proyección de casos requerida de medicamentos en inventario y realizar su solicitud a nivel central en formato establecido contando con stock por localidad	-Solicitud de medicamentos antituberculosos para tb sensible, tb latente, farmacoresistentes, individualizados y Hansen a secretaria distrital de salud, realizando formato 3.5 solicitud de medicamentos y formato consolidado de medicamentos.	- Envio de correo electronico
4	Realizar recepción técnica de medicamentos e insumos verificando lotes de vencimiento, fechas, temperatura, humedad relativa, condiciones de almacenamiento y transporte seguro de medicamento	-Realizar recepción técnica , distribución , inventario , y control en el manejo de medicamentos e insumos de los Programas de Control de la Tuberculosis y Hansen , acorde a los direccionamientos nacionales y distritales en el formato de Kardex definido por el nivel central.	- Registro formato de recepción técnica
5	Distribución de esquemas de tratamiento a casos de tuberculosis sensible y farmacorresistente a prestadores y pacientes con TDO comunitario, verificando el diligenciamiento mensual en IPS y quincenal en comunidad de dosis registrada	-Disitribución de esquemas de tratamiento a casos de tuberculosis sensible y farmacorresistente a prestadores y pacientes con TDO comunitario , verificando el diligenciamiento mensual en IPS y quincenal en comunidad de dosis registradas.	-Actas de entrega de medicamentos
6	Registro en Kárdex de medicamentos de ingresos y egresos en formato establecido y envío al profesional especializados los 5 primeros días hábiles del mes por localidad	-Registro de ingresos y egresos de medicamentos en formato 3.6 Kardex inventario de medicamentos, envio a la Secretaria distrital de salud los primeros 5 días hábiles del mes por localidad.	-Envio de correo electronico.
7	Realizar envío de formato de movimiento de medicamentos e insumos a la Secretaria Distrital de Salud los 5 primeros días hábiles del mes	-Registro de formato 3.7 movimiento de medicamentos e insumos, enviado a Secretaria de Salud los primeros 5 días hábiles del mes.	-Envio de correo electronico
8	Seguimientos telefónicos mensuales a casos de pacientes residentes y georreferenciados interlocal e interdepartamental en el formato establecido por la Secretaría Distrital de Salud	-Realizar seguimiento telefónico mensual a casos de pacientes en tratamiento y georreferenciados interlocal e interdepartamental en el formato 2.5 seguimientos telefónicos, enviado a Secretaria Distrital de Salud	-Envio de correo electronico.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	Recopilar la información relacionada con el diagnóstico (tarjeta de tratamiento, historia clinica, reporte de VIH, laboratorios y ficha de notificación a SIVIGILA), de los casos diagnosticados en la localidad, para ubicación del tratamiento o georrefenciación interlocal o interdepartamental, de acuerdo con el instructivo de georreferenciación	- Recopilar documentos de pacientes diagnosticados en las localidades de la subred sur (tarjeta de tratamiento, ficha de notificacion, laboratorios, historias clinicas y reporte de VIH) relizar formato de georreferenciacion interlocal o interdepartamental.	-- Envio de correo electronico y formato de georreferenciacion
10	Reportar al correo electrónico sds.apoyotecnico1@gmail.com y telefónico a las gestoras indígenas del equipo de apoyo del nivel central, todos los casos de Tuberculosis o Hansen con alguna pertenencia étnica.	-Reporte y envio de documentos de todos los casos de Tuberculosis o Hansen con alguna pertenencia étnica. (tarjeta de tratamiento, ficha de notificacion, laboratorios, historias clinicas y reporte de VIH) enviados a el correo sds.apoyotecnico1@gmail.com.	-Envio de correo electronico.
11	Reportar mediante correo electrónico, todos los casos de población migrante, con o sin aseguramiento que sean diagnosticados con Tuberculosis o Hansen	-Reporte y envio de documentos de todos los casos de Tuberculosis o Hansen migrantes. (tarjeta de tratamiento, ficha de notificacion, laboratorios, historias clinicas y reporte de VIH) .	-Envio de correo electronico
12	Recepción, consolidación y retro-alimentación de reportes de información semanal a prestadores públicos y privados frente a calidad del dato (Pruebas de sensibilidad, cultivo, controles, APV, prueba VIH, acceso a TAR, TMS, comorbilidades, Bk cultivos,) con calidad y oportunidad. Soportar con correos electrónicos	-envio de bases de cohorte reportando la información semanal a prestadores públicos y privados frente a calidad del dato (Pruebas de sensibilidad, cultivo, controles, APV, prueba VIH, acceso a TAR, TMS, comorbilidades, Bk cultivos,).	-Envios de correos electronicos semanal.
13	Mantener actualizado el libro de casos de profilaxis con Isoniazida en el drive dispuesto desde la Secretaría Distrital de Salud para tal fin. Con criterios de calidad y veracidad	-actualizacion del libro de casos de quimioprofilaxis con Isoniazida en el drive compartido con Secretaría Distrital de Salud.	- Actualizacion en drive.
14	Aporte a informes de actividades mensuales del programa los 5 primeros dias en formato establecido por el nivel central, así como su correspondiente carga en el mecanismo que se disponga para el reporte del proyecto de inversión 7828con calidad y concordancia de datos	- Envio de informes mensual 3.6 Kardex inventario de medicamentos, 2.5 seguimientos telefonicos, 3.7 movimiento de medicamentos e insumos e informe word de la localidad ciudad bolivar.	-Envio de correo electronico.
15	Apoyar las actividades organizadas para la conmemoración del día mundial contra la lepra y contra la Tuberculosis	-Fue realizada en el mes marzo	-Fue realizada en el mes marzo
16	Mantener actualizadas en articulación con el profesional las carpetas digitales por cada uno de los casos residentes y diagnosticados en la localidad, que cuente como mínimo con: tarjeta de tratamiento, formula médica, ficha de notificación, y reporte de laboratorios diagnósticos y de control y georreferenciación (formato y pantallazo del correo electrónico) en los casos que aplique	-Recopilar documentos de los casos residentes y diagnosticados en la localidad, (tarjeta de tratamiento, formula médica, ficha de notificación, y reporte de laboratorios) subirlos a las carpetas digitales por cada uno.	- Actualizacion de drive.
17	Activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activación de rutas y canalización)	- No se realizaron activaciones de ruta	-No se realizaron activaciones de ruta

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
18	Informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos	-No se presentaron eventualidades	-No se presentaron eventualidades
19	Gestionar monitoreo, análisis, seguimiento y evaluación de los indicadores	- Con las diferentes actividades rnlizadas se hace aporte a los indicadores del programa de tuberculosis y hansen.	-drive: portal de indicadores y tablero de indicadores
20	Recepcionar, organizar y entregar el archivo correspondiente del proceso transversal conforme al proceso de gestión documental	-Se organizo en carpeta los productos de las diferentes actividades deacuardo a la instruccion dada de gestion documental la cual fue entregada a el tecniço de GPAISP.	-Carpeta de productos.
21	Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato según la necesidad el proceso transversal, del PSPIC y la DGRS.	- Reunion de equipo GPAISP mensual y reunion de equipo transmisibles semanal.	- Listado de asistencia.

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	$ 2254767
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	59823024		
2022	JUNIO	2022	07	11			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud		SALUD TOTAL		$ 125000	$ 125000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 24400
Caja de Compensación	SI	COLSUBSIDIO	Total	$ 290220	$ 309400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	10893694906

ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES
1013665330

LILIANA MARCELA CASTELLANOS CASALLAS
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

© Siasur - 2022

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	1013685330	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES	calle 89 18 f 10 sur	2009189	zambranotorresastrid@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	I	11/07/2022	56823024	$329,400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sustitución	Exceptuado	Colombiano en el exterior	Traslado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	CC	1013685330	ZAMBRANO TORRES ASTRID JOHANA	SN	D		N																		25-14	1.000.000	100.000	0	0	0	0	EPS002	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400	CCF22	1.000.000	29.000	0	0	0	0	0

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
CC	1013685330	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES	calle 89 18 f 10 sur	2009189	zambranotorresastrid@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-06	2022-06	I	11/07/2022	59823024	TOTAL A PAGAR	
					$329,400	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	125,000	0		0		0	0	0	0	125,000	1

TOTALES PENSION												
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
25-14	Colpensiones	900336004-7	160,000	0	0	0	0	0	0		160,000	1

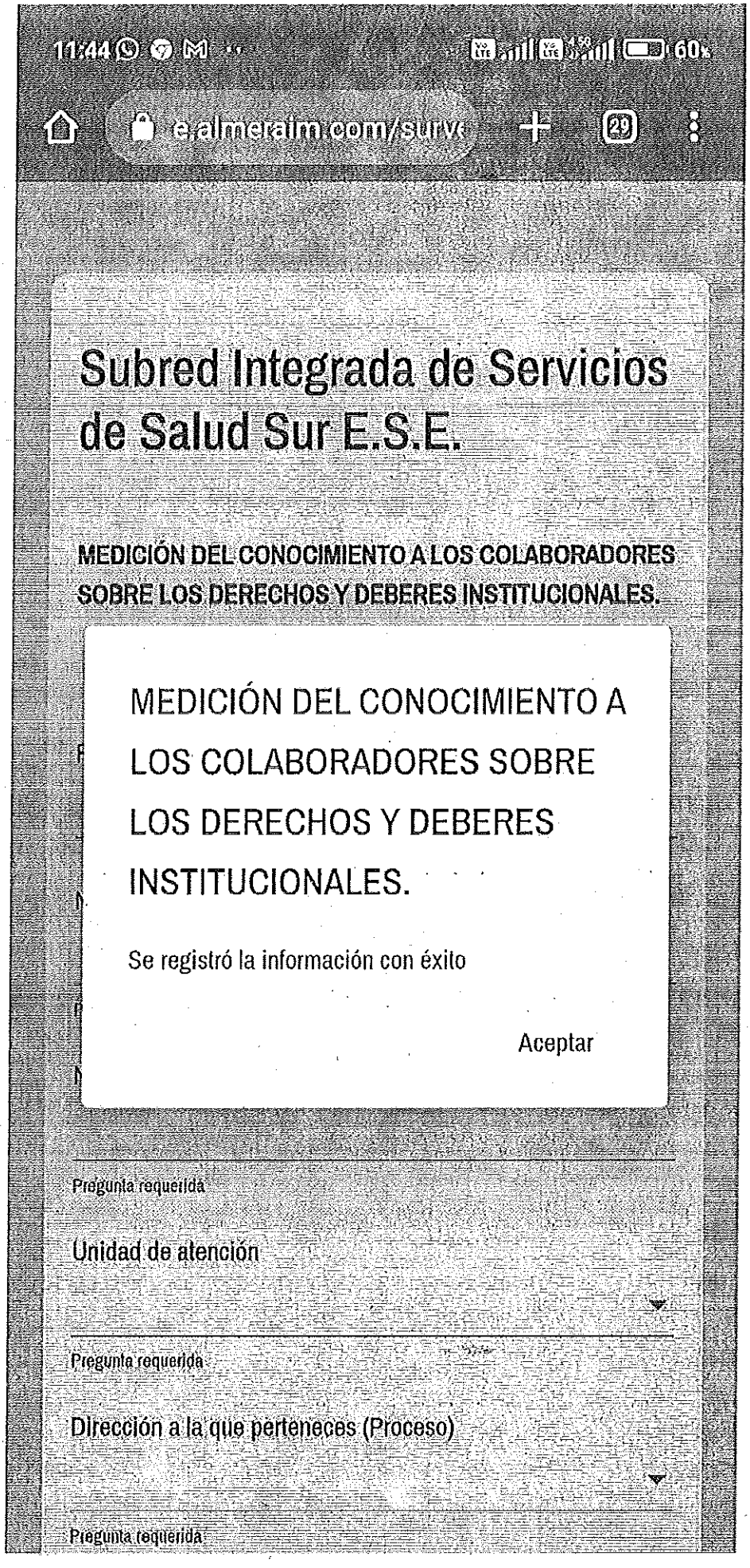
TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830603780-5	24,400				24,400	0	0	24,400			244	24,400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	20,000	0	0	20,000	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	125,000	125,000
Pensión	1	160,000	160,000
Riesgos Laborales	1	24,400	24,400
CCF	1	20,000	20,000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329,400	329,400

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


11:44
e.almeraim.com/surv
29
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.
MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.
Se registró la información con éxito
Aceptar
Pregunta requerida
Unidad de atención
Pregunta requerida
Dirección a la que perteneces (Proceso)
Pregunta requerida

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

Última Actualización: 19-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 1013665330 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección cl89sur#18f10 **Teléfonos** 3005305699 6358288

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE ALFREDO ZAMBRANO VASQUEZ	79572158	Padre
MARIA AMALIA TORRES CANGREJO	52026999	Madre

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:

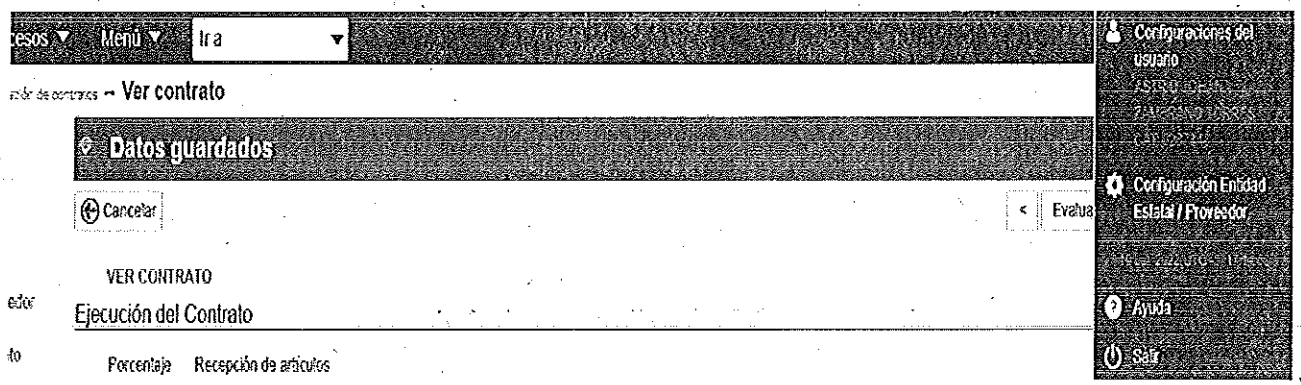
BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES
Identificación:	1013665330
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	johanatorres089@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	19/07/22 0:00


Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Ayuda
Salir
Ver contrato
Datos guardados
Cancelar
Evalua
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
5320-2022 MAYO.pdf
5320-2022 MAYO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
junio - 2022.pdf
junio - 2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle