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:**	2022-09-01	**Hasta:**	2022-09-30	
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 ESPECIALIZADO 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 GESTION 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	$2299414	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2299414**	DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS 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	2022-05-01	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
4	2022-08-16	2022-09-08	4	$ 2912591	2215
5	2022-09-08	2022-09-30	5	$ 1686238	2481

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 2596427
2	JUNIO	$ 2254767
3	JULIO	$ 2299415
4	AGOSTO	$ 2299415

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3795151	$ 11749438	$ 9450024	$ 2299414

	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	-Participacion 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.	-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	-Distribución 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 Secretaria 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	-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 registradas.	-Actas de entrega de medicamentos
6	Registro en Kárdex de medicamentos de ingresos y egresos en formato establecido y envio al profesional especializados los 5 primeros dias habiles 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 dias habiles del mes por localidad.	-Envio de correo electronico

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Realizar envio de formato de movimiento de medicamentos e insumos a la Secretaria Distrital de Salud los 5 primeros dias hábiles del mes	-Registro de formato 3.7 movimiento de medicamentos e insumos, enviado a Secretaria de Salud los primeros 5 dias 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 Secretaria Distrital de Salud	-Realizar seguimiento telefónico mensual a casos de pacientes en tratamiento y georreferenciados interlocal e interdepartamental en el formato 2.5 seguimientos telefonicos, enviado a Secretaria Distrital de Salud	-Envio de correo electronico.
9	Recopilar la información relacionada con el diagnostico (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 georreferenciación 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 electronico sds.apoyotecnico1@gmail.com y telefónico a las gestoras indigenas 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 Secretaria 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 Secretaria 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, asi 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 dia mundial contra la lepra y contra la Tuberculosis	-Fue realizada en el mes marzo	-Fue realizada en el mes marzo

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
16	Mantener actualizadas en articulacion con el profesional las carpetas digitales por cada uno de los casos residentes y diagnosticados en la localidad, que cuente como minimo 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 No se realizaron activaciones de ruta
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, analisis, seguimiento y evaluación de los indicadores	-Con las diferentes actividades ralizadas 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 tecnico de GPAISP	-Carpeta de productos
21	Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato segun 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**		$ 2299415
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	61320352			
2022	**AGOSTO**	**2022**	**09**	**09**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCEPESOS			
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	$ 160200
Salud					SALUD TOTAL		$ 125000	$ 125200
ARL				3	SURA		$ 24360	$ 24500
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	**Total**	**$ 290220**	$ 309900

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)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013665330	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES	calle 85 18 f 10 sur	2009189	zambranotorresastrid@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente		BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	1	09/09/2022	81320352	$330.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias 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	1	200	0	125.200	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	160.000	0	0	0	0	1	200	0	160.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	860069790-5	24.400				24.400	1	100	24.500			244	24.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	20.000	1	100	20.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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	125.200
Pensión	1	160.000	160.200
Riesgos Laborales	1	24.400	24.500
CCF	1	20.000	20.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	330.000

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	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013665330	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES	calle 89 19 f 10 sur	2009189	zambranotorresastrid@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CODIGO	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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	1	09/09/2022	81320353	$390.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano	Residente	Cotiz. Exterior	Estudiante	ING	RET	TAE	TAP	DAE	DAP	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	AVP	VST	SPE	AUS	CAS	COTIZACIÓN	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otras parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013665330	ZAMBRANO TORRES ASTRID JOHANA	N	0			N																	X	23 - 14	1.300.000	160.000	0	0	0	0	17 - 02	1.300.000	125.000	14 - 11	1.300.000	1	23.400	126 - 24	1.300.000	23.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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 Contr...
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluar

22 Sep. 2022(UTC -5) 20:20:51

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
☐	JULIO- 2022.pdf	JULIO- 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO-2022.pdf	AGOSTO-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1646026468

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
09/09/2022

Número de aprobación
00026468

Dirección IP
191.156.186.73

Valor transacción
$ 330.000,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.156.188.145	CC	1013665330

DAVIVIENDA