| 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:** | 2023-01-01 | **Hasta:** | 2023-01-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS | | **Número de Documento:** | 1033716202 | |
| **Correo Electrónico:** | bellaisa-22@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3117246083 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 8065-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 3591 |
| **Perfil:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| K33PI002 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | PIC | $2299448 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2299448** | **DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2022-12-09 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-01-31 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-01-01 | 2023-04-02 | 1 | $ 6515103 | 280 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | DICIEMBRE | | $ 1762910 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2299448 | $ 8814551 | $ 1762910 | $ 7051641 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Revisar la historia clínica correspondiente a la atención médica en casa realizada por el grupo base, en donde verificará las órdenes médicas generadas, específicamente las órdenes de laboratorios clínicos. | - | -NO APLICA |
| 2 | 2. Definir la población priorizada para realizar la toma muestras de laboratorios en casa tal Gestantes no adherentes a controles prenatales o con dificultades para la movilización, mayores de 60 años, usuarios con discapacidad, cuidadores de personas dependientes o con discapacidad, usuarios crónicos controlados, y menores de 5 años. | - | -NO APLICA |
| 3 | 3. Realizar el registro de los usuarios con órdenes de laboratorios que no cumplan con criterios para toma de laboratorios. | -TENER EN CUENTA EL REGISTRO PARA VERIFICAR EL LABORATORIO A TOMAR | -VERIFICACION DE PLANILLAS |
| 4 | 4. Realizar la impresión de estas órdenes e iniciar el contacto telefónico con los usuarios con el fin de informar el procedimiento que se llevará a cabo en la vivienda del usuario y dar indicaciones previas de preparación según sea el caso. | -NO APLICA | -NO APLICA |
| 5 | 5. Facturar los exámenes de laboratorio. | -FACTURAR TODOS LOS LABORATORIOS DE TRASLADO | --FACTURAR TODOS LOS LABORATORIOS DE TRASLADO |
| 6 | 6. Alistar los elementos de protección personal, insumos y dispositivos médicos necesarios para el desarrollo de sus actividades. | -TENER TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECION PARA INICIAR TURNO | --TENER TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECION PARA INICIAR TURNO |
| 7 | 7. Verificar el cumplimiento de las condiciones de preparación para la toma de muestra y de recolección si aplica para la entrega de muestras. | -VERIFICAR LA PREPARACION SEA LA INDICADA PARA LA TOMA DE LABORATORIO | --VERIFICAR LA PREPARACION SEA LA INDICADA PARA LA TOMA DE LABORATORIO |
| 8 | 8. Realizar la toma y marcación las de muestras de 'laboratorios de acuerdo a las guías, protocolos, procesos y procedimientos establecidos en la subred sobre toma y manejo de muestras de laboratorio. | -TENER EN CUENTA QUE DEBE ESTAR TODO ROTULADO PARA MANTENER EL ORDEN | --TENER EN CUENTA QUE DEBE ESTAR TODO ROTULADO PARA MANTENER EL ORDEN |
| 9 | 9. Informar al usuario sobre la entrega de los resultados y consulta médica para la lectura de resultados | -NO APLICA | -NO APLICA |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 10 | 10. Agendar la consulta médica para la lectura de los resultados de laboratorios. | -NO APLICA | --NO APLICA |
| 11 | 11. Recomendar a el usuario con respecto a los eventos adversos que se puedan presentar, verificará la comprensión y repetirá la información en caso de ser necesario. | --NO APLICA | --NO APLICA |
| 12 | 12.Transportar las muestras tomadas y recibidas, de acuerdo con los criterios definidos en los protocolos, guías, y demás documentos. | --NO APLICA | --NO APLICA |
| 13 | 13.Entregar las muestras tomadas al laboratorio clínico de la subred a fin de ser procesadas. | -NO APLICA | --NO APLICA |
| 14 | 14. Registro diario de las muestras tomadas con la relación de los usuarios objeto de toma de muestras de laboratorio en casa, fechas de toma, novedades, y citas programadas para lectura de estos. Esta información se consignará en el formulario destinado para tal fin | -NOVEDADES DE TOMAS DE MUESTRAS MAL REALIZADAS | -NOVEDADES DE TOMAS DE MUESTRAS MAL REALIZADAS |
| 15 | 15. Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaria de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados. | -NO APLICA | -NO APLICA |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1052121629 | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 1762910 |
| 2022 | DICIEMBRE | 2023 | 01 | 26 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS DIEZPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 1000000 | $ 160000 | $ 122700 |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 125000 | $ 95900 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 24360 | $ 766667 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 290220 | $ 985267 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

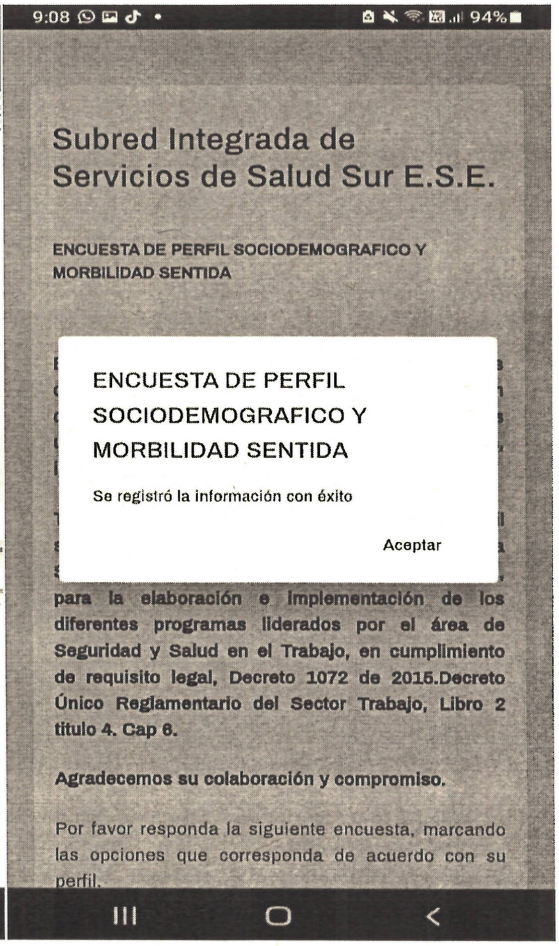
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550488422225893 |
|---|---|---|---|---|---|

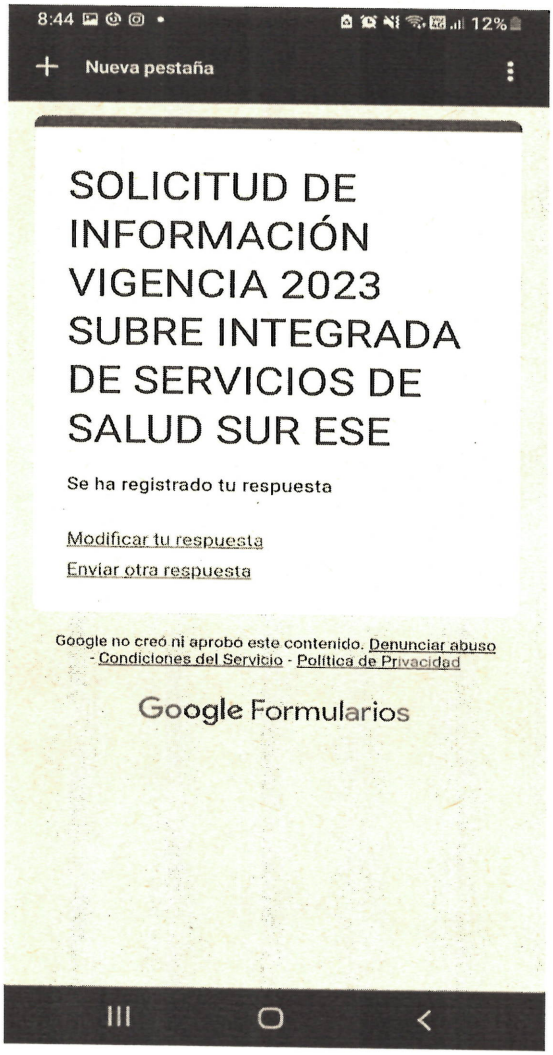
**LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS**
**1033716202**

**LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL**


***© Siasur - 2023***


1:24
53%
secop.gov.co/CO1Business


9:08
94%
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA
ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA
Se registró la información con éxito
Aceptar
para la elaboración e implementación de los diferentes programas liderados por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento de requisito legal, Decreto 1072 de 2015.Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, Libro 2 titulo 4. Cap 6.
Agradecemos su colaboración y compromiso.
Por favor responda la siguiente encuesta, marcando las opciones que corresponda de acuerdo con su perfil.


8:44
12%
Nueva pestaña
SOLICITUD DE INFORMACIÓN VIGENCIA 2023 SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE
Se ha registrado tu respuesta
Modificar tu respuesta
Enviar otra respuesta
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

| Información de la Planilla Pagada | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2023-01-26, 04:18:45 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2022 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | diciembre de 2022 |
| **Empresa** | LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1033716202 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1052121629 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1883323059 |
| **Banco** | (1507) - NEQUI |
| **Valor** | $ 232.700 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 1 | $ 122.700 | $ 3.200 |
| N830003564 | EPS017 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO | 1 | $ 95.900 | $ 2.500 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 8.100 | $ 300 |
| | | | **SubTotales:** | $ 226.700 | $ 6.000 |
| | | | **Total a Pagar:** | | $ 232.700 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!