| 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:** | 2023-02-01 | **Hasta:** | 2023-02-28 | |
| **Nombre del Contratista:** | CINDY MILEIDY CELY GUZMAN | | **Número de Documento:** | 1016036454 | |
| **Correo Electrónico:** | indy9124@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3214801563 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 7010-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 2499 |
| **Perfil:** | MÉDICO GENERAL | | | | |
| **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 | $6633936 | 71% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 6633936** | **SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2022-09-09 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2022-09-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2022-10-01 | 2022-12-31 | 1 | $ 19901808 | 2952 |
| 2 | 2022-12-01 | 2023-01-31 | 2 | $ 935030 | 3735 |
| 3 | 2023-01-01 | 2023-04-02 | 3 | $ 20344070 | 280 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | SEPTIEMBRE | | $ 4864886 | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | OCTUBRE | $ 6633936 |
| 3 | NOVIEMBRE | $ 6633936 |
| 4 | DICIEMBRE | $ 9338016 |
| 5 | ENERO | $ 6633936 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 6633936 | $ 47814844 | $ 34104710 | $ 13710134 |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1-Atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación. | -1. Se apoyó y atendió en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación. | -Historias Clínicas Digitales y Plan de Cuidado Familiar. |
| 2 | 2- Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa. | -2. Se realizo diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa. | -Historias Clínicas Digitales y Plan de Cuidado Familiar. |
| 3 | 3- Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. | -3. Realizar la entrega al geógrafo de los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. | -Mapas y rutas establecidas |
| 4 | 4- Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora. | -4. Se hicieron recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora. | -Historias Clínicas Digitales y Plan de Cuidado Familiar. |
| 5 | 5-Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas. | -5. Se organizaron los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas. | -Informes, actas o documentos establecidos. |
| 6 | 6- Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital). | -6- Se realizó el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital). | -Historias Clínicas Digitales y Plan de Cuidado Familiar. |
| 7 | 7- Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur. | -7- Se realizaron las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur. | -Informes, actas o documentos establecidos. |
| 8 | 8-Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. | -8-Se realizaron las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. | -Historias Clínicas Digitales y Plan de Cuidado Familiar. |


***© Siasur - 2023***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 9 | 9- Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. | -9- Se realizaron las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. | -Historias Clínicas Digitales y Plan de Cuidado Familiar. |
| 10 | 10-Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente. | -10-Se refirió mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente. | -Formularios en plataforma SIRC. |
| 11 | 11-Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. | -11-Se registró oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. | -Historias Clínicas Digitales y Plan de Cuidado Familiar. |
| 12 | 12- Identificar en su ejercicio de diagnóstico eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe (i) diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y- Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente. | -12- Se identificaron eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe (i) diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y- Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente. | -Fichas de notificación. |
| 13 | 13- Registrar una vez entregados los usuarios y claves de acuerdo al operador dispuesto en cada subred, la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar. | -13- Se registró la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar. | -Historias Clínicas Digitales. |
| 14 | 14-Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida. | -14-Se realizó la verificación que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida. | -Formularios de canalización a rutas de Promoción y Mantenimiento. |

## 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 | $ 6633936 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 9447025716 | | |
| 2023 | ENERO | 2023 | 02 | 20 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 2653574 | $ 424572 | $ 428200 |
| Salud | | SURA | | $ 331697 | $ 334500 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 64641 | $ 65300 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 770121 | $ 828000 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BBVA COLOMBIA | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 346192578 |
|---|---|---|---|---|---|

CINDY MILEIDY CELY GUZMAN
1016036454

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL


***© Siasur - 2023***

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1016036454 | | CELY GUZMAN CINDY MILEIDY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CCLE 25 C 85 C 72 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3214801563 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-01 | 2023-01 | 1928246943 | 9447025716 | I | 2023/02/13 | 2023/02/20 | BANCO DAVIVIENDA | 7 | $828,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 1016036454 | CELY CINDY | 25-14 | 30 | $2,653,574 | $424,600 | EPS010 | 30 | $2,653,574 | $331,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $2,653,574 | $64,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $2,653,574 | $424,600 | | | $2,653,574 | $331,700 | | | $0 | $0 | | | $2,653,574 | $64,700 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $424,600 | $3,600 | $0 | $428,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $424,600 | $3,600 | $0 | $428,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $64,700 | $600 | $0 | $65,300 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $64,700 | $600 | $0 | $65,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $331,700 | $2,800 | $0 | $334,500 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $331,700 | $2,800 | $0 | $334,500 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$821,000** | **$7,000** | **$0** | **$828,000** |



2023/02/20 06:01 PM

aportes en línea

# Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

## Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

### Resumen del pago electrónico

| | |
|---|---|
| **Dirección IP:** | 200.118.80.109 |
| **Estado de la transacción:** | APROBADA |
| **Clave planilla:** | 9447025716 |
| **Valor:** | 828,000 |
| **Período de pago:** | 2023-01 |
| **No Transacción (CUS):** | 1928246943 |
| **Fecha:** | 2023/02/20 |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA |
| **Aportes en línea:** | 9999001472382 |

Aceptar

Imprimir



Copyright © 2023 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Cindy Cely Guzman

Buscar

... — Ver contrato

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

Id de página: ... Ayuda

**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? Si 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 SEPTIEMBRE CTO 7010-2022.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 7010-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE CTO 7010-2022.pdf | CUENTA OCTUBRE CTO 7010-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO NOV 2022- 7010.pdf | CTO NOV 2022- 7010.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DIC CTO 7010-2022.pdf | CUENTA DIC CTO 7010-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ENERO CTO 7010-2022.pdf | CUENTA ENERO CTO 7010-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal