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:	JOHN WALTER ORTEGON SANHEZ		**Número de Documento:**	80253816	
Correo Electrónico:	ortegonjimenez1@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3133418326	
Nombre del Supervisor:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ	**Cargo:**	COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5604-2022	**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	2022-06-21	2022-08-15	1	$ 692058	1738
2	2022-07-01	2022-07-31	2	$ 2299415	1823
3	2022-08-16	2022-09-08	3	$ 2912591	2215
4	2022-09-08	2022-09-30	4	$ 1686238	2481
5	2022-10-01	2022-11-30	5	$ 2299415	2928

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2022-11-01	2022-12-31	6	$ 2299415	3332
7	2022-12-01	2023-01-31	7	$ 2299415	3724
8	2023-01-01	2023-01-31	8	$ 2299415	3848
9	2023-01-01	2023-01-31	9	$ 2299415	3848
10	2023-01-01	2023-01-31	10	$ 2299415	3848
11	2023-01-01	2023-03-26	11	$ 4292241	341

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 2232442
2	JUNIO	$ 2254767
3	JULIO	$ 2299415
4	AGOSTO	$ 2299415
5	SEPTIEMBRE	$ 2299414
6	OCTUBRE	$ 2299415
7	NOVIEMBRE	$ 2299415
8	DICIEMBRE	$ 2299415
9	ENERO	$ 2299415

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3795151	$ 29474184	$ 20583113	$ 8891071

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	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).	-1- Diligenciamiento de formatos sis 150 con claridad y veracidad con los datos de la aplicaciion de cada biologico segun la estrategia. Segun microplaneacion soprte formato sis 150.	-1-Formato sis 150
2	Realizar el registro de la ficha de notificación No. 346 en los puntos de toma de muestras COVID 19. Aplicar encuesta Covid a usuarios previo a toma de muestras Covid 19	--2- Diligenciamioento de formatos de censo de viviendas, con claridad y veracidad segun barrio intervenido con su respectivo segun corresponda.	--2- Censo de vivienda y mapas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	Aplicar encuesta Covid a usuarios previo a toma de muestras Covid 19. Realizar búsqueda activa de familias periurbanas con prioridades en salud (menores 5 años, gestantes, usuarios crónicos)	--3-Asistencia y participacion en cada una de las concentraciones proyectadas segun microplaneacion .	--3-Actas con descripcion de lo aplicado en cada concentracion .
4	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 líder. Implementar el instrumento de identificación de riesgo periurbano con el fin de reconocer necesidades principales en las familias abordadas y poder así generar ruta de atención teniendo en cuenta riesgos identificados.	--4-Registro con informacion clara y veraz en el registro de las vacunas en cada formato o concentimiento de VPH para los padres o cuidadores de la poblacion objeto para cada biologico.	--4-Concentimiento informado de VPH y registro de diligenciamiento del carne de vacunas o del TUV con las vacunas administradas.
5	. Realizar proceso de activación de ruta a usuarios periurbanos que presenten barreras de acceso a los servicios de salud o inherentes a los servicios médicos.Realizar acciones de gestión en lo que respecta a orientación a casos de aseguramiento y rutas de acceso a los servicios de salud, activación y movilización de rutas sectoriales e intersectoriales que se requieran	--5-Seguir conducto regularmente dando a conocer las novedades presentadas en el desarrollo de cada actividad.	--5-Acta de socializacion.
6	Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E	--6-Realizar la verificacion en el aplicativo distrital 2.0 de los esquemas de vacunacion, actualizacion de datos de menores de una cada base entregas.	--6-Drive con retroalimentacion menores segun la nesecidad con agendamiento efectivo.
7	Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados	--7-Realizar la verificacion en el aplicativo distrital 2.0 realizar llamado telefonico a cada uno de los usuarios objetos del programa segun cohorte apuntado.	--7-Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2.0 y retroalimentacion de los seguimientos efectivos y reprogramados. Menores vacunados segun agendamiento de la cohorte.
8	Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC.	--8-Dar a conocer el portafolio de servicios el aplica segun grupo de edad para lograr la disminucion los riesgos de morbimortalidad.	--8-Formato de canalizaciones debidamente diligenciado con la activacion de ruta segun la necesidad.

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	64977916		
2023	ENERO	2023	02	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	COLFONDOS	$ 1000000	$ 160000	$ 186100
Salud		COMPENSAR		$ 125000	$ 145400
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 28400
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 359900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CORPBANCA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	19074108

JOHN WALTER ORTEGON SANHEZ
80253816

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
COORDINADOR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

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	80253816	JOHN WALTER ORTEGON SANCHEZ		KR 18 D BIS NO 73 A 39 SUR	7905776	johnwalterortegon@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
					TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	09/02/2023	64977916	$359,900	

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	145,000	0		0		0	2	400	0	145,400	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
231001	Colfondos	800227940-6	185,600	0	0	0	0	2	500	0	186,100	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	830003780-5	28,300				28,300	2	100	28,400			283	28,400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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 Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145,000	145,400
Pensión	1	185,600	186,100
Riesgos Laborales	1	28,300	28,400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358,900	359,900

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	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80253816	JOHN WALTER ORTEGON SANCHEZ		KR 18 D BIS NO 73 A 39 SUR	7905776	johnwalterortegon@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
2023-01	2023-01	I	09/02/2023	84977916	TOTAL A PAGAR	
					$359,900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ordenante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDICIÓN	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	80253816	ORTEGON SANCHEZ JOHN WALTER	59	0		N																	231001	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS008	1,160,000	145,000	14-11	1,160,000	3	20,300			0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



SELECCIÓN - CONFIRMACIÓN - RESPUESTA

Respuesta Pagos Electrónicos

Transacción Exitosa

Débito realizado Exitosamente.

Seleccione el botón terminar para confirmar la transacción con el establecimiento.

Su número de autorización es:	1856871986
Fecha y hora de la operación:	Wed Feb 08 19:20:09 GMT-05:00 2023
Debitado de la cuenta:	Cuenta de Ahorro - *****4108
Empresa facturadora:	COMPENSAR-OI
Número de la factura:	64977916
Valor:	$359,900.00
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Protección Social

Como soporte de esta transacción, por favor haga Click en el botón Imprimir.

Cualquier inquietud, comunícate con nuestro Número Único por ciudad:

Bogotá	581 8181	Cartagena	693 1818
Medellín	604 1818	Cali	486 1818
Bucaramanga	697 1818	Pereira	340 1818
Barranquilla	385 1818	Manizales	887 9818
Otras ciudades	018000 512633		

Imprimir Terminar

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 MAYO-CTO 5604-2022.pdf	CUENTA MAYO-CTO 5604-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5604_junio 2022.pdf	5604_junio 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5604_julio_2022_john walter ortegon.pdf	5604_julio_2022_john walter ortegon.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	5604-2022.pdf (Archivado)	5604-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5604_agosto_2022.pdf	5604_agosto_2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5604_septiembre _2022.pdf	5604_septiembre _2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5604_octubre_2022.pdf.pdf	5604_octubre_2022.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5604_noviembre_2022pdf.pdf	5604_noviembre_2022pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5604_Diciembre_2022. pdf.pdf	5604_Diciembre_2022. pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5604_ENERO_2023.pdf.pdf	5604_ENERO_2023.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >