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	SIA

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-03-01	**Hasta:**	2023-03-31	
Nombre del Contratista:	LUDY MARCELA JIMENEZ NEGRETE		**Número de Documento:**	1030635060	
Correo Electrónico:	ludyjimenez21@gmail.com		**Número Telefónico:**	3015407692	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6947-2022	**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	$6633936	88.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 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	$ 0	0
3	2023-01-01	2023-04-02	3	$ 20305612	280
4	2023-02-01	2023-04-02	4	$ 144216	722
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	SEPTIEMBRE	$ 4864886
2	OCTUBRE	$ 6633936
3	NOVIEMBRE	$ 6633936
4	DICIEMBRE	$ 7643448
5	ENERO	$ 7355016
6	FEBRERO	$ 6633936

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6633936	**$ 46985572**	**$ 39765158**	**$ 7220414**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Apoyar y 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.	-Se apoyó y atendió en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encontraan en la vivienda durante la visita, independientemente de su regimen de afiliación.	- Historia clinica
2	Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	-se realizó diariamente la corección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	- Historia clinica
3	Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	-Se realizó la entrega al geógrafo los mapas o rutas de cmabo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	-Historia clinica
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.	-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.	-Historia clinica
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.	-Se organizaron los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiento las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado y ordenes médicas.	-Historia clinica y planes de cuidado
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).	-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 oen la consulta diagnóstica (Historia clínica Digital)	-Historia clinica y planes de cuidado

© Siasur - 2023

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Se realizaron actividades de acuerdo a lo esstablecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secreatría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur	-Historia clinica y planes de cuidado
8	Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	-Se realizaron las actividades dea cuerdo al esquema de opresción definido por el sector rural.	-Historia clinica y planes de cuidado
9	Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-Se realizaron las mediciones y tamizajes necesarios para la identifiación de riesgos en salud y la verifiación de las condiciones de aseguramiento	-Historia clinica y planes de cuidado
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.	-Se refirió mediante la planaforma 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	-Historia clinica y planes de cuidado
11	Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Se registró oportunamente la información pertinente de los instrumentos de control que establezca la entidad	-Historia clinica y planes de cuidado
12	Identifica 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.	-Se identificaron eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrciión, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notifiación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud INS (https://ins.gov.co/buscador/eventos/Paginas/Fichasyprotocolos.aspx) y el sisitema o subsistema de vigilancia correspondiente.	-Historia clinica y planes de cuidado
13	Registrar 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.	-Se registró la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refieriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensaci´´on por parte de la Sbured para afiliados a Capital Salud, esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condiciión de discapacidad o dependencia a sus cuidadores familiares residentes del hogar.	-Historia clinica y planes de cuidado

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
14	Realizar 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. "	-Se realizó verificación que los integrantes de la familiar, 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.	-Historia clinica y planes de cuidado

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	66665117		
2023	FEBRERO	2023	03	31			
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	PORVENIR	$ 2653574	$ 424572	[illegible]
Salud		SÁNITAS		$ 331697	[illegible]
ARL	3	SURA		$ 64641	[illegible]
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 770121**	[illegible]

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870490655

LUDY MARCELA JIMENEZ NEGRETE
1030635060

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

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	1030635060	LUDY MARCELA JIMENEZ NEGRETE		CARRERA 73 N 26- 81 SUR	3015407692	LUDYJIMENEZ21@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-02	2023-02	I	31/03/2023	66665117	$837,100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	331,700	0		0		0	16	6,500	0	338,200	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
230301	Porvenir	800224808-8	424,600	0	0	0	0	16	8,300	0	432,900	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	890903790-5	64,700				64,700	16	1,300	66,000			647	66,000	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 Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	331,700	338,200
Pension	1	424,600	432,900
Riesgos Laborales	1	64,700	66,000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	821,000	837,100

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador TIP S.A.

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	1030635060	LUDY MARCELA JIMENEZ NEGRETE	CARRERA 73 N 26- 81 SUR	3015407692	LUDYJIMENEZ21@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	31/03/2023	66665117	$837.100	

DETALLE POR COTIZANTE

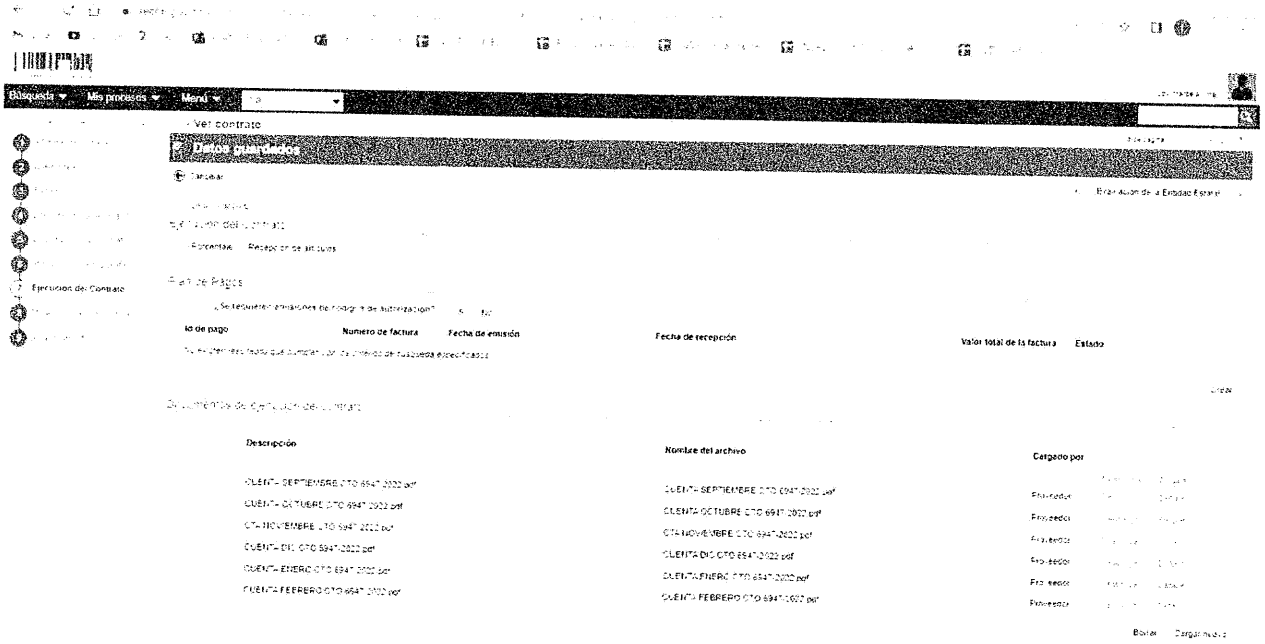
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES															
No.	Tpo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Reportado	ING	RLT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN
1	CC	1030635060	JIMENEZ NEGRETE LUDY MARCELA	57	0			N																

No.	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	230301	2.653.575	424.600	0	0	0	0	EPS005	2.653.575	331.700	14-11	2.653.575	3	64.700		0	0	0	0	0	0	0

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



¡Hola, Ludy Marcela Jiménez Negrete



Búsqueda | Mis procesos | Menú

Ver contrato

Ejecución de Contrato

Cancelar

Registro del [illegible]

Expediente | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren entregables de Informe de Supervisión? [illegible]

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No se encontraron registros que coincidan con los criterios de búsqueda especificados.

Documentos de Ejecución del Contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
CUENTA SEPTIEMBRE OTO 6947-2022.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE OTO 6947-2022.pdf	Proveedor
CUENTA OCTUBRE OTO 6947-2022.pdf	CUENTA OCTUBRE OTO 6947-2022.pdf	Proveedor
CTA NOVIEMBRE OTO 6947-2022.pdf	CTA NOVIEMBRE OTO 6947-2022.pdf	Proveedor
CUENTA DIC OTO 6947-2022.pdf	CUENTA DIC OTO 6947-2022.pdf	Proveedor
CUENTA ENERO OTO 6947-2022.pdf	CUENTA ENERO OTO 6947-2022.pdf	Proveedor
CUENTA FEBRERO OTO 6947-2022.pdf	CUENTA FEBRERO OTO 6947-2022.pdf	Proveedor

Borrar | Cargar nuevo