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:**	2023-04-01	**Hasta:**	2023-04-30	
Nombre del Contratista:	LINA MARIA ALBA ROMERO		**Número de Documento:**	1013648656	
Correo Electrónico:	LIINAM.ROMERO@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3118508514	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1044-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	99
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	$6633936	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6633936**	**SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-01-13		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-04-02
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-04-01	2023-05-01	1	$ 6191674	1115

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 6633936
2	MARZO	$ 6633936

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 17911627	$ 24103301	$ 13267872	$ 10835429

	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.	--Atendí 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.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
2	Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
3	Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	--Entregué al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
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.	--Hice 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.	--Hice 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.
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.	--Organicé 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.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
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).	--Realicé 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).	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
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.	-Realicé 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.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
8	Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	--Realicé las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
9	Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	--Realicé las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	--Referí 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.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
11	Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	--Registré oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
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.	--Identifiqué 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.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
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.	--Registré 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.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
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.	--Verifiqué 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 debe 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, entre otros, a las poblaciones en los territorios priorizados.	--Historia clínica y plan de cuidado familiar
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, entre otros, a las poblaciones en los territorios priorizados.	--Di cumplimiento a las obligaciones de acuerdo a la matriz de la secretaria de salud. Realice con calidad , pertinencia y oportunidad el abordaje de las poblaciones en los diferentes territorios	--Historia clínica y plan de cuidado familiar

© Siasur - 2023

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	67015652		
2023	MARZO	2023	04	12			
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	PROTECCIÓN	$ 2653574	$ 424572	$ 424600
Salud		SÁNITAS		$ 331697	$ 331700
ARL	3	SURA		$ 64641	$ 64700
Caja de Compensación	NO		Total	$ 770121	$ 821000

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	23387811133

Lina M Alba R

LINA MARIA ALBA ROMERO
1013648656

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

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	1013648656	LINA MARIA ALBA ROMERO	Calle 10 a sur 10 a 11	6007948	liinam.romero@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-03	2023-03	I	12/04/2023	67015652	$821.000

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	0	0	0	331.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	424.600	0	0	0	0	0	0		424.600	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	800903790-5	64.700				64.700	0	0	64.700			647	64.700	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	331.700
Pensión	1	424.600	424.600
Riesgos Laborales	1	64.700	64.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	821.000	821.000

PAGADA

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

xARuDHZLLv

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

LINA MARIA ALBA ROMERO

1013648656

Recibió actualización en RESPONSABILIDAD SOCIAL con una intensidad de 08 horas

Para constancia se firma

marzo 28, 2023

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

BOGOTÁ

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	1013648656	LINA MARIA ALBA ROMERO	Calle 10 a sur 10 a 11	6007948	liinam.romero@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

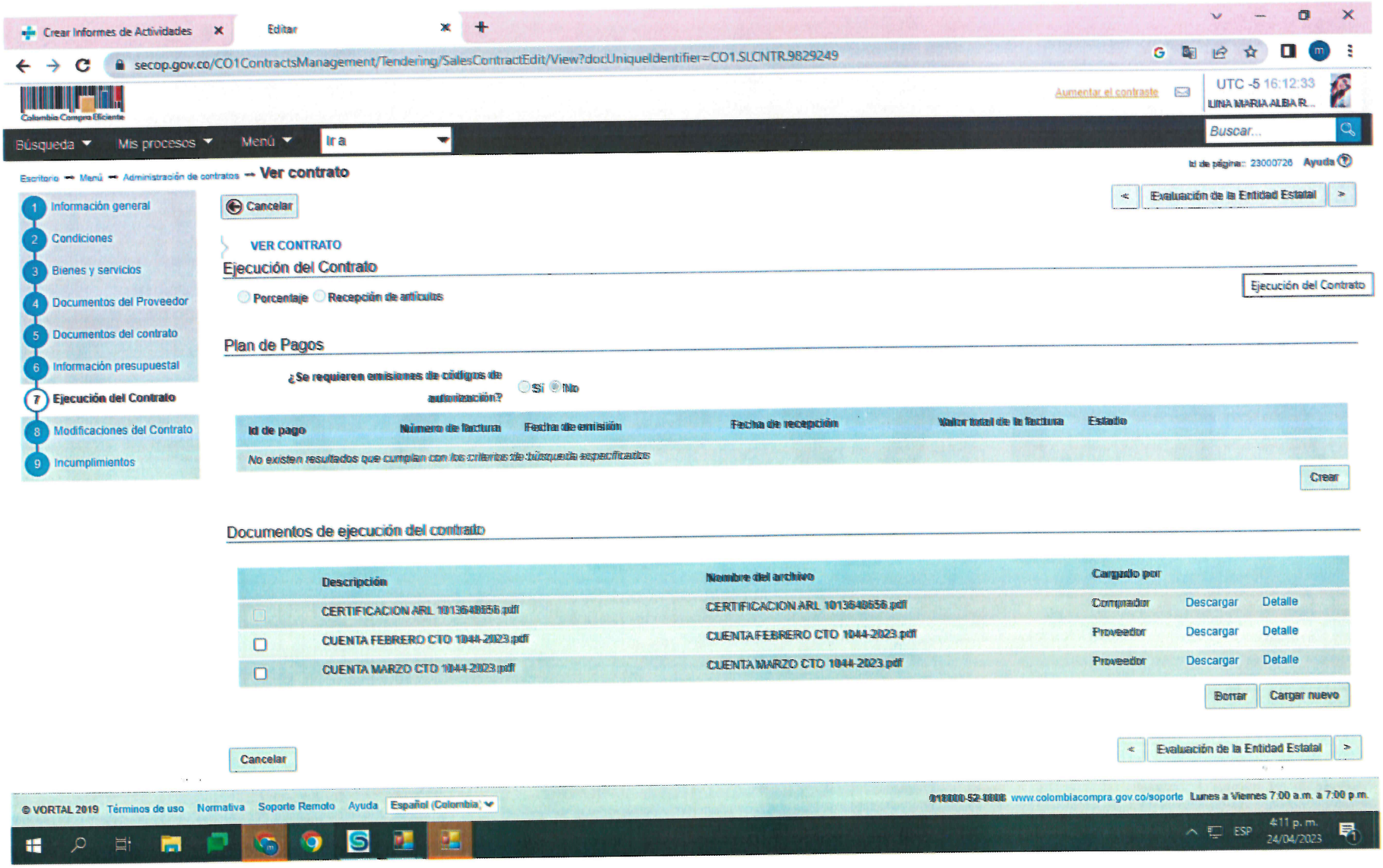
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-03	2023-03	I	12/04/2023	67015652	$821.000

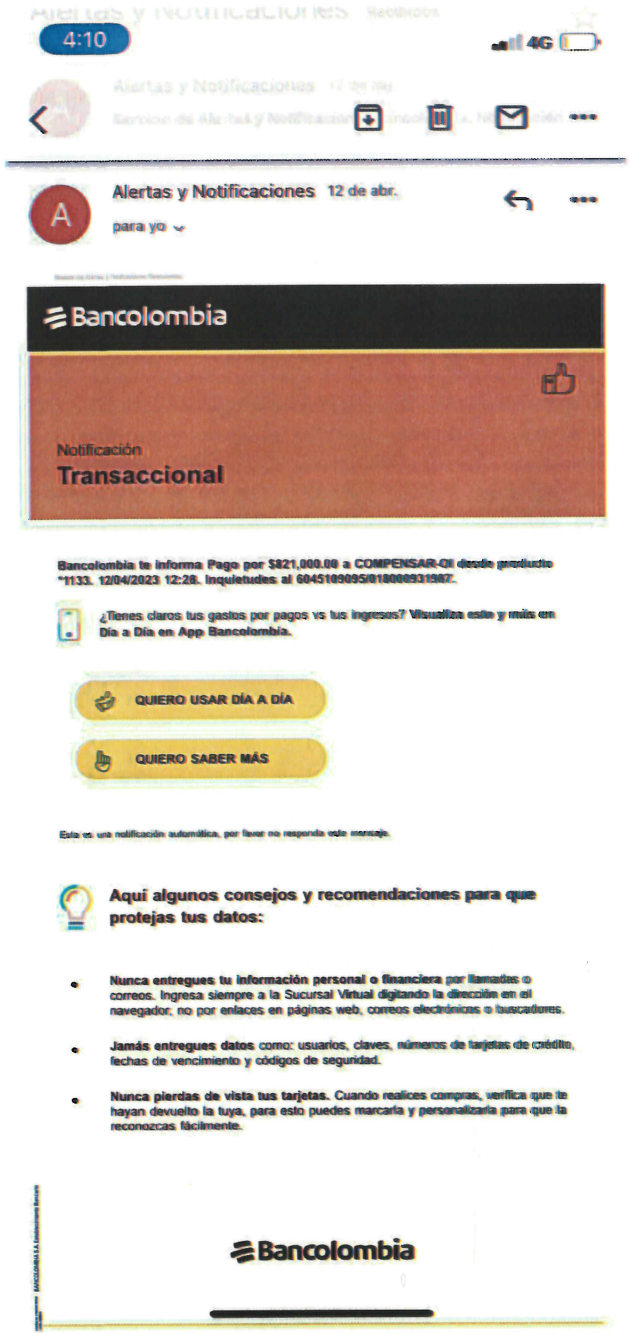
ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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
CC	1013648656	ALBA ROMERO LINA MARIA	59	0			N								X									230201	2.653.600	424.600	0	0	0	0	EPS005	2.653.600	331.700	14-11	2.653.600	3	64.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Crear Informes de Actividades
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.9829249
Aumentar el contraste
UTC -5 16:12:33
LINA MARIA ALBIA R...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Id de página: 23000726
Ayuda
Escritorio → Menú → Administración de contratos → 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
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Ejecución del Contrato
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
CERTIFICACION ARL 1013648656.pdf
CERTIFICACION ARL 1013648656.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA FEBRERO CTO 1044-2023.pdf
CUENTA FEBRERO CTO 1044-2023.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA MARZO CTO 1044-2023.pdf
CUENTA MARZO CTO 1044-2023.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
ESP
4:11 p. m.
24/04/2023



4:10

4G

Alertas y Notificaciones 12 de abr.

para yo

Bancolombia

Notificación

Transaccional

Bancolombia te informa: Pago por $821,000.00 a COMPENSAR-OI desde producto *1133. 12/04/2023 12:28. Inquietudes al 6045109095/018000931987.

¿Tienes claros tus gastos por pagos vs tus ingresos? Visualiza este y más en Día a Día en App Bancolombia.

QUIERO USAR DÍA A DÍA

QUIERO SABER MÁS

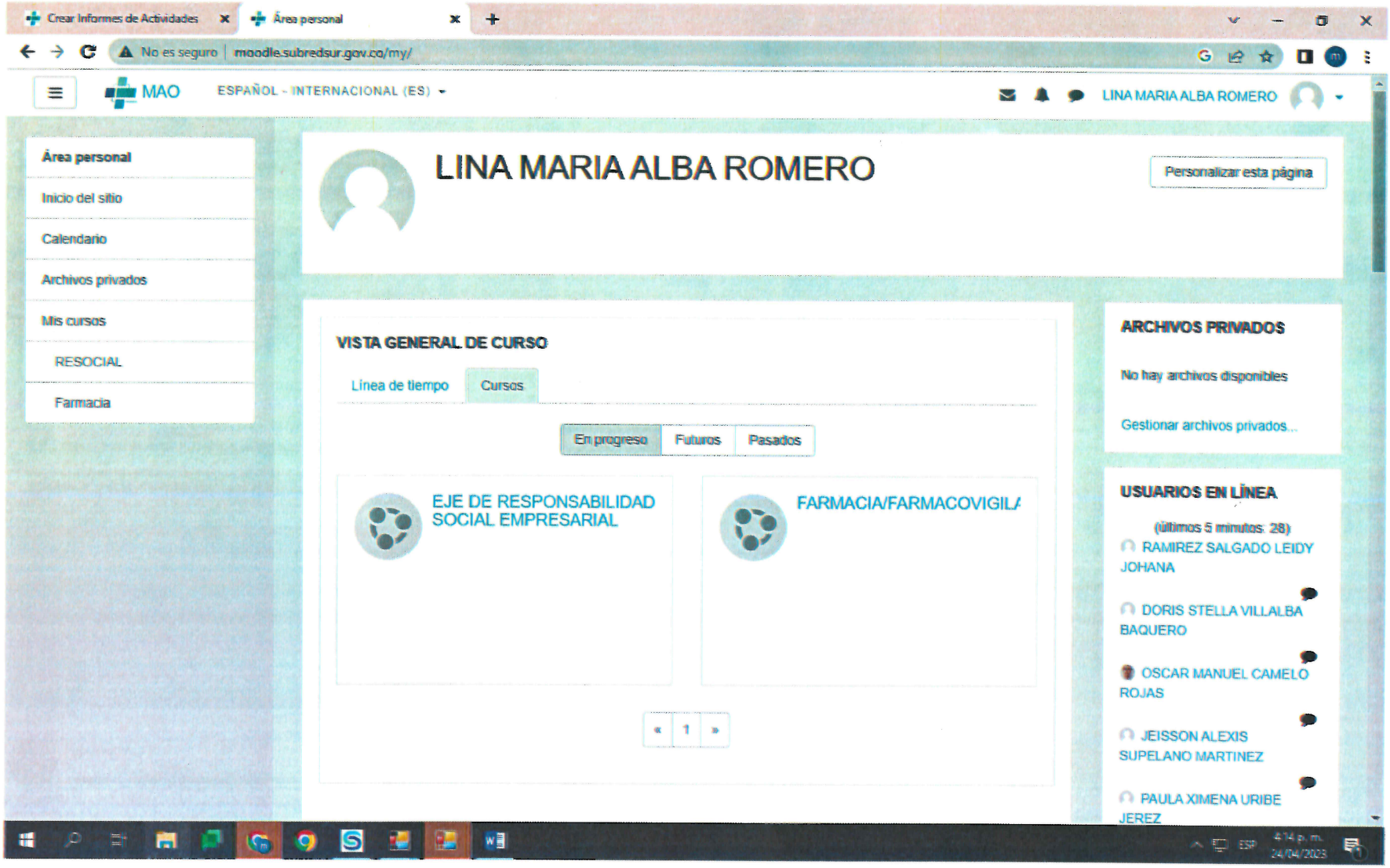
Esta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje.

Aquí algunos consejos y recomendaciones para que protejas tus datos:

- **Nunca entregues tu información personal o financiera** por llamadas o correos. Ingresa siempre a la Sucursal Virtual digitando la dirección en el navegador, no por enlaces en páginas web, correos electrónicos o buscadores.
- **Jamás entregues datos** como: usuarios, claves, números de tarjetas de crédito, fechas de vencimiento y códigos de seguridad.
- **Nunca pierdas de vista tus tarjetas.** Cuando realices compras, verifica que te hayan devuelto la tuya, para esto puedes marcarla y personalizarla para que la reconozcas fácilmente.

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario


Crear Informes de Actividades
Área personal
No es seguro | moodle.subredsur.gov.co/my/
MAO
ESPAÑOL - INTERNACIONAL (ES)
LINA MARIA ALBA ROMERO
Área personal
Inicio del sitio
Calendario
Archivos privados
Mis cursos
RESOCIAL
Farmacia
LINA MARIA ALBA ROMERO
Personalizar esta página
VISTA GENERAL DE CURSO
Línea de tiempo
Cursos
En progreso
Futuros
Pasados
EJE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL
FARMACIA/FARMACOVIGILA
« 1 »
ARCHIVOS PRIVADOS
No hay archivos disponibles
Gestionar archivos privados...
USUARIOS EN LÍNEA
(últimos 5 minutos: 28)
RAMIREZ SALGADO LEIDY JOHANA
DORIS STELLA VILLALBA BAQUERO
OSCAR MANUEL CAMELO ROJAS
JEISSON ALEXIS SUPELANO MARTINEZ
PAULA XIMENA URIBE JEREZ
ESP
4:14 p. m.
24/04/2023

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

1pxFFZC6xw

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

LINA MARIA ALBA ROMERO

1013648656

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

FARMACIA-FARMACOVIGILANCIA

Con una intensidad horaria de : 10 horas

Para constancia se expide: febrero 28, 2023

Vigencia de 2 años

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

LINA MARIA ALBA ROMERO

1013648656

Desarrollo el Curso de ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, con una intensidad de 40 horas

Fecha: 28 marzo 2023

A1ueaCpyeN

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

BOGOTÁ