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:**	2023-06-01	**Hasta:**	2023-06-30	
Nombre del Contratista:	LINA CATEHERINE SILVA CIFUENTES		**Número de Documento:**	1032456841	
Correo Electrónico:	catehernesilva12@gmail.com		**Número Telefónico:**	3102310463	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5999-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1392
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)				
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
K33PI0022	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-09-30	1	$ 15992544	1789
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 3998136	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3998136	$ 19990680	$ 3998136	$ 15992544

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar la Atención de consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	-N/A	-N/A
2	2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	-N/A	-N/A
3	3. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	-N/A	-N/A
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.	-N/A	-N/A
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.	-N/A	-N/A
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).	-N/A	-N/A
7	7. Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur	-N/A	-N/A
8	8. Realizar las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural.	-N/A	-N/A
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-N/A	-N/A

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Verificar 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.	-N/A	-N/A
11	11. Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría 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.	-N/A	-N/A
12	1. Identificar los líderes comunitarios (veedores ciudadanos, presidentes de juntas de acción comunal, administradores de conjuntos residenciales y otros actores locales relevantes).	-Realizar la planeacion del abordaje basado en la prioridad de los sectores catastrales de las UPZ, identificar y contactar a los lideres comunitarios de cada uno de los barrios de las localidades de la zona sur (Ciudad Bolivar, Sumapaz, Tunjuelito y Usme).	-Cronograma de territorios, actas de reunion, Mesas de concertacion geografica, Cronograma de Priorizacion
13	2. Programar una reunión con los actores sociales locales, antes de la llegada de los EAC, buscando lograr la mejor estrategia para la aceptación de la estrategia en las familias a ser visitadas. En esta se realiza un acercamiento integral con los líderes para conocer de primera mano la historia del territorio, indagar sobre la situación de salud de la población y los aspectos que inciden positiva y/o negativamente sobre la forma como la comunidad aborda estos aspectos.	-Organizar y programar reuniones con actores sociales de los territorios a abordar por los EAC con el fin de socializar el Modelo de Salud Territorial, indagar sobre aspectos de la población. Realizar revisión y seguimiento a los productos generados de esta actividad de cada una de las localidades para hacer entrega en los informes ejecutivos del mes	-Cronograma de abordaje territorial, informes, actas de reunion, listados de asistencia, drive, informe de gestión del periodo correspondiente
14	3. Identificar y hacer uso de las estrategias de divulgación y comunicación de los territorios para socializar las actividades del Modelo Territorial de Salud apoyando la divulgación del MTS.	-- Implementar y organizar junto con los líderes comunitarios las estrategias de divulgación y comunicación que permitan dar a conocer el Modelo de Salud Territorial activando los canales internos de comunicación entre las comunidades con el fin de que todos los habitantes conozcan el programa	-Evidencia fotográfica, actas de reunión
15	4. Participar en las Mesas Locales de Cuidado con el fin de articular las acciones de la Línea de EAC con las otras líneas del Modelo	-Participar en las Mesas Locales de Cuidado de las localidades de Usme ó Sumapaz del mes correspondiente con el fin de articular las acciones de la Línea de EAC con las otras líneas del Modelo	-Actas de reunión, listados de asistencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
16	5. Realizar un primer acercamiento con la comunidad, con el propósito de divulgar el MTS y las acciones próximas a realizarse en modo, tiempo y lugar. Con el mapa del sector catastral entregado por el geógrafo, el grupo de avanzada enriquece la cartografía e identifica: Límites y puntos de referencia de la comunidad: iglesias, tiendas, escuelas, parques, entre otros. Existencia de entidades públicas y privadas de salud. Infraestructura local, vías de acceso y espacios recreativos existentes. Manzanas abordadas con sus predios y características de infraestructura de las mismas. Focos de inseguridad y contaminación ambiental. Conglomerados de población diferencial y/o con condiciones de vulnerabilidad que ameritan ser atendidas por los EAC. El orden y horarios de intervención del sector catastral. Ubicación e identificación de familias vulnerables con situaciones, riesgos y eventos de interés en salud pública, de manera que puedan ser abordadas prioritariamente.	-" - Realizar acciones de cartografía social y ambiental en los territorios priorizados de acuerdo a la programación de abordaje a las UPZ y UPR. - De acuerdo a la guía operativa de abordaje comunitario, planear y organizar las jornadas de la estrategia de atención de conglomerados de población diferencial y/o con condiciones de vulnerabilidad que ameritan ser atendidas por los EAC. Así mismo, realizar las actas e informes requeridos de cada una de las jornadas realizadas analizando los resultados de la atención mediante esta estrategia plasmado en cada informe individual de conglomerado e informe ejecutivo del mes. Remitir el listado de usuarios para la revisión de frecuencia de uso que se atienden a traves de la estrategia de conglomerados - Hacer revisión y seguimiento semanal a la base de afiliación por oficio, y reportar al equipo encargado del proceso. - Organizar los documentos (actas de reunión, evidencias fotográficas, informes, relatorías) del mes generados por el Equipo de abordaje de los territorios priorizadas de la localidad de Usme y Sumapaz de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, realizar la entrega de informes del Convenio 0002 de 2023 al supervisor para revisión y soporte.""""	-Informes de gestión correspondiente al periodo, actas de reunión, listados de asistencia, soportes y anexos de los informes de gestión cargados en el drive y onedrive designado, bases e informes de conglomerados, correo electrónico

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	$ 3998136
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	68483875		
2023	MAYO	2023	06	08			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1599254	$ 255881	$ 255900
Salud		COMPENSAR		$ 199907	$ 200000
ARL	3	SURA		$ 38958	$ 39000
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870350354

LINA CATERIERINE SILVA CIFUENTES
1032456841

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	1032456841	LINA CATEHERINE SILVA CIFUENTES	CRA 11 #20A-06	9042671	catehERINESILVA12@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	08/06/2023	68483875	$526.900	

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	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	255.900	0	0	0	0	0	0		255.900	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	32.000	0	0	32.000	1

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	200.000	200.000
Pensión	1	255.900	255.900
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	1	32.000	32.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	526.900	526.900

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	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032456841	LINA CATEHERINE SILVA CIFUENTES	CRA 11 #20A-06	9042671	catehe rinesilva12@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	08/06/2023	68483875	$526.900	

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	CORRECCION	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	1032456841	SILVA CIFUENTES LINA CATEHERINE	59	0			N																	230301	1,599,255	255,900	0	0	0	0	EPS008	1,599,255	200,000	14-11	1,599,255	3	39,000	CCF22	1,599,255	32,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
2127355969

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
08/06/2023

Número de aprobación
00355969

Dirección IP
191.156.53.46

Valor transacción
$ 526.900,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.156.54.195	CC	1032456841

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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		
ıyo 2023 - Contrato N°5999-	Cuenta Mayo 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

19:08 Vo LTE 4.5G 45

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

ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

TIPO DE VINCULACIÓN

ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

Se registró la información con éxito

Aceptar

Administrativa

Pregunta requerida

SEDE

Pregunta requerida

NIVEL DEL CARGO

Pregunta requerida

EDAD