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:**	2023-07-01	**Hasta:**	2023-07-31	
Nombre del Contratista:	FRANCY LADINO PINZON		**Número de Documento:**	52295504	
Correo Electrónico:	francyladinop19@gmail.com		**Número Telefónico:**	3124623433	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6010-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	TECNICO (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	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**		

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	$ 9841792	1788
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 2460448	
2		JUNIO		$ 2460448	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO

$ 2460448	$ 12302240	$ 4920896	$ 7381344

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Revisar la historia clínica correspondiente a la atención médica en casa realizada por el grupo base, en donde verifica las órdenes médicas generadas, específicamente las órdenes de laboratorios clínicos.	-REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y ORDENES MEDICAS GENERADAS EN LA VISITA	-APLICATIVO DINÁMICA
2	2. Definir la población priorizada para realizar la toma muestras de laboratorios en casa tal Gestantes no adherentes a controles prenatales o con dificultades para la movilización, mayores de 60 años, usuarios con discapacidad, cuidadores de personas dependientes o con discapacidad, usuarios crónicos controlados, y menores de 5 años.	-Definir la población priorizada para realizar la toma muestras de laboratorios en casa tal Gestantes no adherentes a controles prenatales o con dificultades para la movilización, mayores de 60 años, usuarios con discapacidad, cuidadores de personas dependientes o con discapacidadusuarios crónicos controlados, y menores de 5 años	-CLASIFICACIÓN DE USUARIOS SEGÚN SU PRIORIZAN PARA LA TOMA DE LABORATORIOS EN CASA
3	3. Realizar el registro de los usuarios con órdenes de laboratorios que no cumplan con criterios para toma de laboratorios.	--. Realizar el registro de los usuarios con órdenes de laboratorios que no cumplan con criterios para toma de laboratorios	-Realizar el registro de los usuarios con órdenes de laboratorios que no cumplan con criterios para toma de laboratorios
4	4. Realizar la impresión de estas órdenes e iniciar el contacto telefónico con los usuarios con el fin de informar el procedimiento que se llevará a cabo en la vivienda del usuario y dar indicaciones previas de preparación según sea el caso.	-Realizar la impresión de estas órdenes e iniciar el contacto telefónico con los usuarios con el fin de informar el procedimiento que se llevará a cabo en la vivienda del usuario y dar indicaciones previas de preparación según sea el caso	-REALIZAR CONTACTO TELEFÓNICO CON LOS USUARIOS PRIORIZADOS Y EXPLICAR LOS PROCESOS QUE SE VA A REALIZAR EN LA VIVIENDA SEGÚN SEA EL CASO
5	5. Facturar los exámenes de laboratorio.	-Facturar los exámenes de laboratorio	-FACTURACIÓN DE LABORATORIOS
6	6. Alistar los elementos de protección personal. insumos y dispositivos médicos necesarios para el desarrollo de sus actividades.	-Alistar los elementos de protección personal, insumos y dispositivos médicos necesarios para el desarrollo de sus actividades.	-USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
7	7. Verificar el cumplimiento de las condiciones de preparación para la toma de muestra y de recolección si aplica para la entrega de muestras.	--. Verificar el cumplimiento de las condiciones de preparación para la toma de muestra y de recolección si aplica para la entrega de muestras	-VERIFICAR SI APLICA PARA LA MUESTRAS
8	8. Realizar la toma y marcación las de muestras de laboratorios de acuerdo a las guías, protocolos, procesos y procedimientos establecidos en la subred sobre toma y manejo de muestras de laboratorio.	-Realizar la toma y marcación las de muestras de laboratorios de acuerdo a las guías, protocolos, procesos y procedimientos establecidos en la subred sobre toma y manejo de muestras de laboratorio.	-REALIZAR LA MARCACIÓN DE MUESTRAS SEGÚN GUÍAS,PROTOCOLOS, PROCESOS DE LA SUBRED
9	9. Informar al usuario sobre la entrega de los resultados y consulta médica para la lectura de resultados.	-Informar al usuario sobre la entrega de los resultados y consulta médica para la lectura de resultados	-INFORMAR AL USUARIO DONDE RECLAMAR LOS RESULTADO
10	10. Agendar la consulta médica para la lectura de los resultados de laboratorios.	-Agendar la consulta médica para la lectura de los resultados de laboratorios.	--AGENDA MIENTO DE CITAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. Recomendar a el usuario con respecto a los eventos adversos que se puedan presentar, verificará la comprensión y repetirá la información en caso de ser necesario.	--. Recomendar a el usuario con respecto a los eventos adversos que se puedan presentar, verificará la comprensión y repetirá la información en caso de ser	-REALIZAR RECOMENDACIONES DE LOS EVENTOS ANVERSOS
12	12.Transportar las muestras tomadas y recibidas, de acuerdo con los criterios definidos en los protocolos, guías, y demás documentos.	-Transportar las muestras tomadas y recibidas, de acuerdo con los criterios definidos en los protocolos, guías, y demás documentos	--REALIZAR ENTREGA DE TOMA DE MUESTRAS SEGÚN LAS GUÍAS Y DEMÁS DOCUMENTOS
13	13.Entregar las muestras tomadas al laboratorio clínico de la subred a fin de ser procesadas.	--Entregar las muestras tomadas al laboratorio clínico de la subred a fin de ser procesadas.	-ENTREGA DE MUESTRAS DE LABORATORIO
14	14. Registro diario de las muestras tomadas con la relación de los usuarios objeto de toma de muestras de laboratorio en casa, fechas de toma, novedades, y citas programadas para lectura de estos. Esta información se consignará en el formulario destinado para tal fin.	--Registro diario de las muestras tomadas con la relación de los usuarios objeto de toma de muestras de laboratorio en casa, fechas de toma, novedades, y citas programadas para lectura de estos. Esta información se consignará en el formulario destinado para tal fin	-REGISTRO DE TOMA DE MUESTRAS
15	15. 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.	-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	-RECOGER LA INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS

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	$ 2460448
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9452407147		
2023	JUNIO	2023	07	25			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		COMPENSAR		$ 145000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	20163876770

Francy Ladino Pinzón

FRANCY LADINO PINZON
52295504

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	Telefono	Exonerado SENA e ICBF?
CC 52295504		LADINO PINZON FRANCY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 7 94 79 191	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1245675	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2023-06	2023-06	64697940	9452407147	I	2023/07/05	2023/07/25	NEQUI	20	$391,100	

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC 52295504	LADINO FRANCY	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$145,000	CCF24	30	$1,160,000	$23,200	14-11	30	$1,160,000	$28,300	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0

2023/07/25 03:18 PM

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 52295504		LADINO PINZON FRANCY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 7 94 79 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1245675	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	64697940	9452407147	I	2023/07/05	2023/07/25	NEQUI	20	$391,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$4,300	$0	$189,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$4,300	$0	$189,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$700	$0	$29,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$700	$0	$29,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$600	$0	$23,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$600	$0	$23,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$3,400	$0	$148,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$145,000	$3,400	$0	$148,400
TOTAL				1	$382,100	$9,000	$0	$391,100

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2023/07/25 03:18 PM

aportes en línea

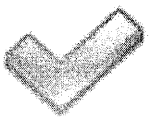
Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

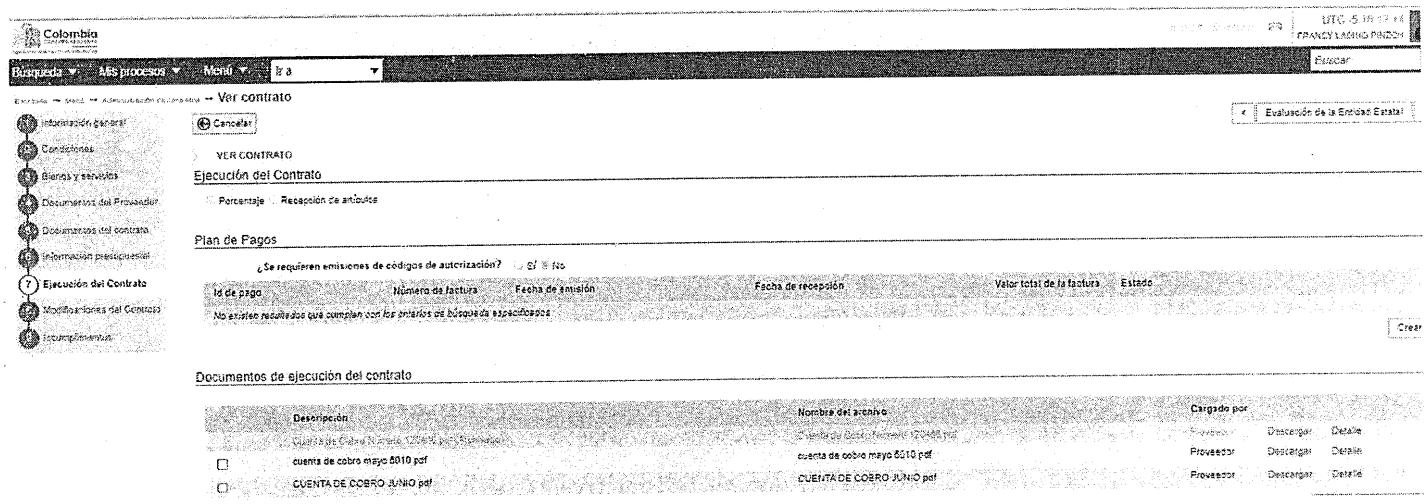


Dirección IP:	200.119.48.67
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9452407147
Valor:	391,100
Período de pago:	2023-06
No Transacción (CUS):	64697940
Fecha:	2023/07/25
Banco:	NEQUI
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Powered by CamScanner


Colombia Compra Eficiente
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Buscar
Ver contrato
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
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 de cobro mayo 6010 pdf
cuenta de cobro mayo 6010 pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO JUNIO pdf
CUENTA DE COBRO JUNIO pdf
Proveedor
Descargar
Detalle

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

PRELIMINAR - ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES

PRELIMINAR - ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES

Se registró la información con éxito

Aceptar

Cargo

Pregunta requerida

Nombre completo

Pregunta requerida

Número documento de Identidad

Powered by CamScanner