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:	EDISON ROBERTO BERRIO SAAVEDRA		**Número de Documento:**	1013618998	
Correo Electrónico:	berrioedison894@gmail.com		**Número Telefónico:**	3186429495	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6006-2023	**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	$3075560	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3075560**	**TRES MILLONES SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-06		**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	$ 12302240	1788
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 3075560	
2		JUNIO		$ 3075560	

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

$ 3075560	$ 15377800	$ 6151120	$ 9226680

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, y verificar las órdenes médicas	-revision de historias clinicas para verificacion de pacientes que requieran del servicio	---dispensacion de medicamentos en casa
2	2. Entregar medicamentos en casa, a Gestantes con dificultad para la movilización, mayores de 60 años, usuarios con discapacidad, cuidadores de personas dependientes o con discapacidad y usuarios crónicos controlados.	-se realiza entrega de medicamentos a pacientes con discapacidad , adultos mayores	-se entrega planilla diaria de la entrega realizadas
3	3. Registrar los usuarios con órdenes de medicamentos que no cumplan con criterios para realizar entrega en casa.	-se notifica a los pacientes que no cumple con los requisitos ara dispensar en casa -	-se realiza revision de historias clinicas con la jefe para identificar los pacientes que requieren del servicio
4	4. Imprimir las órdenes e iniciar el proceso verificación de la disponibilidad de los medicamentos en farmacia con el fin de generar la facturación.	-se imprimen ordenes medicas que cumplen con los requisitos	---las formulas medicas son llevadas a farmacia para verificar disponibilidad de los medicamentos
5	5. Contactar de manera telefónica a los usuarios con el fin de informar el día en que se realizará la entrega de los medicamentos en el domicilio.	---se contacta al paciente para verificar datos personales e indicarles el dia de la entrega	--se entrega planillas de ruta con firma de quien recibe a conformidad
6	6. Usar los elementos de protección personal necesarios para la entrega de medicamentos.	--se solicitan insumos de epp para realizar las actividades asignadas	-se informa y se firma la entrega de lo epp
7	7. Orientar sobre temas relacionados con la conservación adecuada de los medicamentos, vías de administración, dosis y demás información que se encuentre en la orden médica.	--se informa al paciente o cuidador de la toma o aplicacion de los medicamentos segun criterio medico	--se entrega formatos de ruta con firma de recibo a conformidad en domicilio
8	8. Registrar de manera diaria la entrega de medicamentos efectiva, fallida, pendientes, y demás novedades que surjan en el proceso de dispensación.	---se explica al paciente o cuidador los medicamentos que quedan pendientes por disponibilidad de farmacia	-se registran en la planilla los medicamentos faltantes de cada orden medica
9	9. Realizar limpieza y desinfección de neveras.	--se realiza limpieza y desinfeccion de los elementos entregados para el transporte de los medicamentos	--se realiza limpieza y desinfeccion al realizar la ruta de los elementos de trasporte de los medicamentos
10	10. 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.	---se realiza limpieza y desinfeccion de los elementos entregados para el transporte de los medicamentos	-- -se realiza limpieza y desinfeccion al realizar la ruta de los elementos de trasporte de los medicamentos

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**		$ 3075560
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	68679435			
2023	**JUNIO**	**2023**	**07**	**25**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1230224	$ 196836	$ 185600
Salud					SALUD TOTAL		$ 153778	$ 145000
ARL				3	SURA		$ 29968	$ 28400
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 357036**	$ 359000

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	000898098

EDISON ROBERTO BERRIO SAAVEDRA
1013618998

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): EDISON ROBERTO BERRIO SAAVEDRA
No. Identificación: CC1013618998
Dirección: TRV45C#72-19SUR
Telefono: 3186429495
Correo: berrioedison894@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 68679435

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EDISON ROBERTO BERRIO SAAVEDRA
Tipo y número de identificación	CC1013618998
Número de planilla	68679435
Fecha pago	2023-07-25
Número de autorización pago	1478575
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2023
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	358900
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

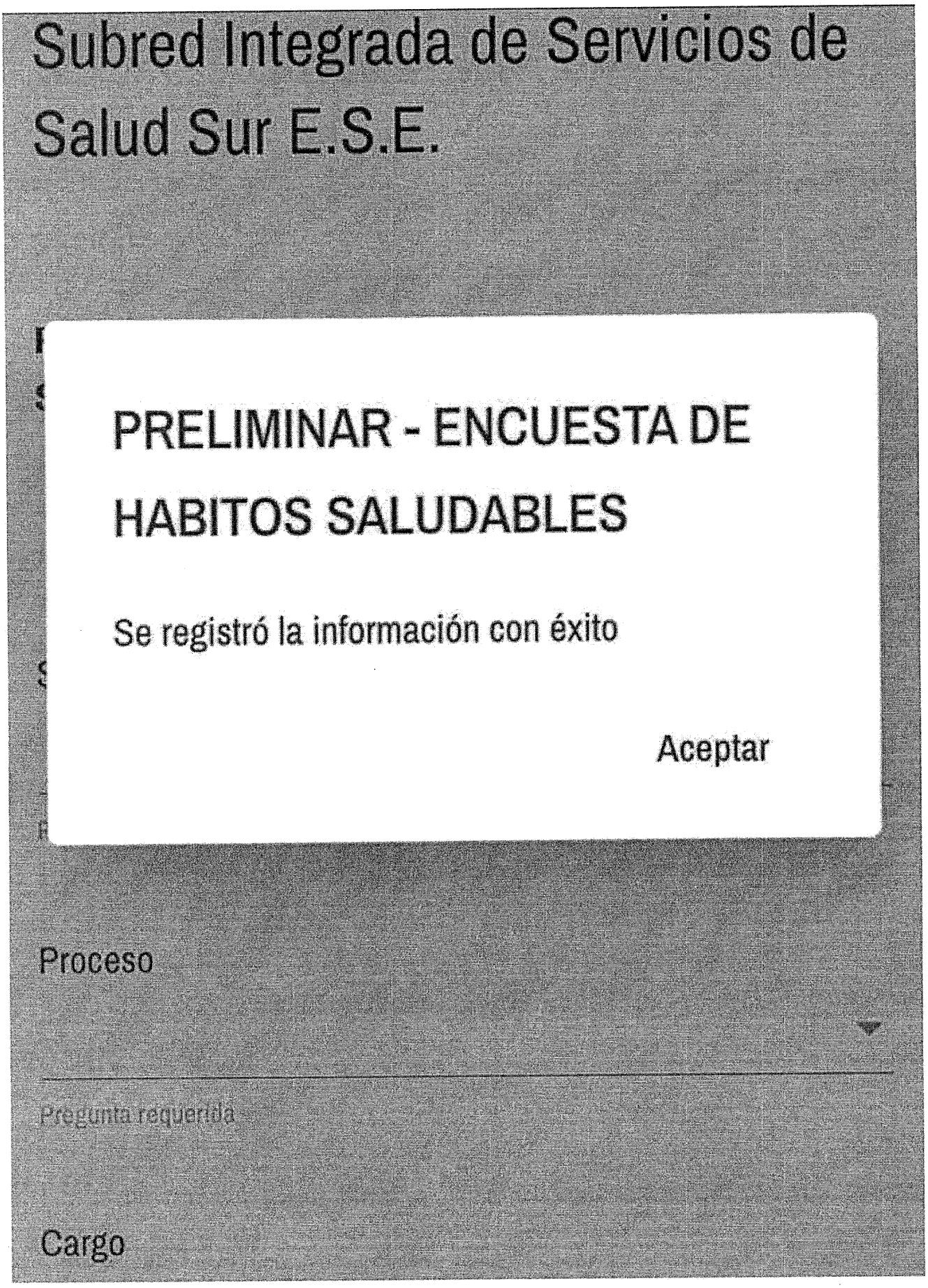
CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	28300	1
230301	Porvenir	185600	1
EPS002	Salud Total EPS	145000	1

68679435

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013618998
APELLIDOS Y NOMBRES: EDISON ROBERTO BERRIO SAAVEDRA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	28300	0

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


Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
PRELIMINAR - ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES
Se registró la información con éxito
Aceptar
Proceso
Pregunta requerida
Cargo

Puntored no te cobra por esta
transacción Puntored Corresponsal
Bancario Colpatria

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	25/07/2023
Hora	10:14:00
Terminal	313380
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA COMPE NSAR MI PLANIL LA
Cod. Convenio	0344
Referencia	8368679435
Valor	$358.900
Transacción	000676950694
Usuario	PAOLA ANDREA CASTANEDA MARC! HAN

Línea de atención personalizada en
Bogotá: 3487881
Resto del Pais: 01 8000 960 505

Aqui tambien puede pagar su tarjeta
de
credito y creditos de consumo del
Banco Colpatria

BANCO COLPATRIA
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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 l

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo
	ACFrOgCKU9cbQ-HolUUKmuiz-cT3Rtha7xd5roNZK1czQHabH-LwV5xVkttk6sOVV1r-lp9YFCZy2QuW09WNZX184a5cCWDbMlyFVQuN_p2uuqzoXq7TxDdQe30s1Ks=.pdf (Archivado)	ACFrOgCKU9cbQ-HolUUKmuiz-cT3Rtha7xd5roNZK1czQHabH-LwV5xVkttk6sOVV1r-lp9YFCZy2QuW09WNZX184a5cCWDbMlyFVQuN_p2uuqzoXq
☐	CUENTA JUNIO.pdf	CUENTA JUNIO.pdf
☐	CUENTA MAYO CTO 6006-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 6006-2023.pdf

Cancelar