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:**	2023-08-01	**Hasta:**	2023-08-31	
Nombre del Contratista:	GINETH CAROLAY PRADO VÁSQUEZ		**Número de Documento:**	1024601278	
Correo Electrónico:	carolay.prado1299@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3016341493	
Nombre del Supervisor:	YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4451-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13372	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-03-27			**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-05-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-05-01	2023-07-31	1	$ 2384834	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 2460448	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2460448	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MARZO	$ 334300
2	ABRIL	$ 2460448
3	MAYO	$ 2460448
4	JUNIO	$ 2460448
5	JULIO	$ 2460448

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5330810	$ 12636540	$ 10176092	$ 2460448

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. desarrollar acciones integrales de promocion de la salud, prevencion de la enfermedad y gestion del riesgo segun curso de vida de acuerdo a las necesidades de la poblacion desde los diferentes espacios de vida cotidiana y/o componentes del plan de intervenciones colectivas.	-Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida.	-Se Genera canalizar con solicitud especifica.
2	2. garantizar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorias y auditorias internas y externas segun requerimiento.	-Asistencia y participación en cada una de las concentraciones proyectadas según micro plantación.	-Acta de participación y asistencia.
3	3. garantizar la custodia y proteccion de los documentos fisicos y magneticos entregados para la ejecucion de sus actividades.	-Entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementado según lineamientos,protocolos.	-Entrega de formatos en tiempo real.
4	4. activar los procesos de referencia y contrareferencia dando respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad (activacion de rutas y canalizacion)	-Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida basados en la Necesidad del usuario.	-Se Genera canalizar con solicitud especifica.
5	5. informar a tiempo cualquier eventualidad que interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.	-Dar conocer el portafolio de servicios el aplica según grupo de edad para logar la disminuir los riesgos de morbi-mortalidad.	-Formato de canalizaciones debidamente diligenciado con la activación de ruta según la necesidad
6	6. realizar acciones y seguimiento a las estrategias del programa ampliado de inmunizacion.	-Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extra mural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacuna (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extra murales	-Formato SIS 150

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. busqueda activa de poblacion pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunacion en las tacticas extramurales, seguimiento a cohortes, jornadas (nacionales, distritales y locales) para su vacunacion.	-Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y semaforización de cobertura	-Formato diligenciado con calida y veracidad.
8	8 participar activamente en los espacios de fortalecimiento tecnico convocados por la institucion o por la sds.	-Asistencia y participación a las diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento físico y mental.	-Acta de asistencia y participación.
9	9. desarrollar las actividades de vacunacion dando cumplimiento a los procesos y procedimientos establecidos por la institucion y del programa ampliado de inmunizaciones.	-Registro con información clara y veraz en el registro de las vacunas en cada formato o consentimiento para los padres o cuidadores de la población objeto para cada biológico.	-Sis de registro diario
10	10. prestar servicios de atencion e intervencion integral al usuario con calidad, oportunidad y humanizacion.	-Actualización y registro con calidad de los usuarios vacunados en el seguimiento telefónico realizado por cohortes según asignación de la profesional extramural	-Drive con menores agendados a diario y aplicativo 2.0 y retroalimentación de los seguimientos efectivos y reprogramados
11	11. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-Realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental según indicaciones del proceso de archivo en cada una de las actividades programadas.	-Carpetas con formatos debidamente organizada y foliada según protocolo de gestión documentos
12	12. las demas que sean concertadas con el supervisor del contrato segun necesidad del pic.	-Dar cumpliendo a las actividades asignadas por parte de cada líder según lo indicado en la microplameacion diaria.	-Asistencia y participación en las actividades dia

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	9454357517		
2023	JULIO	2023	08	18			
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	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		SÁNITAS		$ 145000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28300
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	Total	$ 336655	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488409991640

Carolay Prado

GINETH CAROLAY PRADO VÁSQUEZ
1024601278

Yizeth M Roncancio G

YIZETH MARITZA RONCANCIO GONZALEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024501278		PRADO VASQUEZ GINETH CAROLAY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 73 sbis #17 a 17 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7923545	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	109918618	94543575I7	I	2023/08/18	2023/08/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$382,100

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 1024501278	PRADO GINETH	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	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

PLANILLA PAGADA

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024601278		PRADO VASQUEZ GINETH CAROLAY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 73 abis #17 a 17 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7923545	No

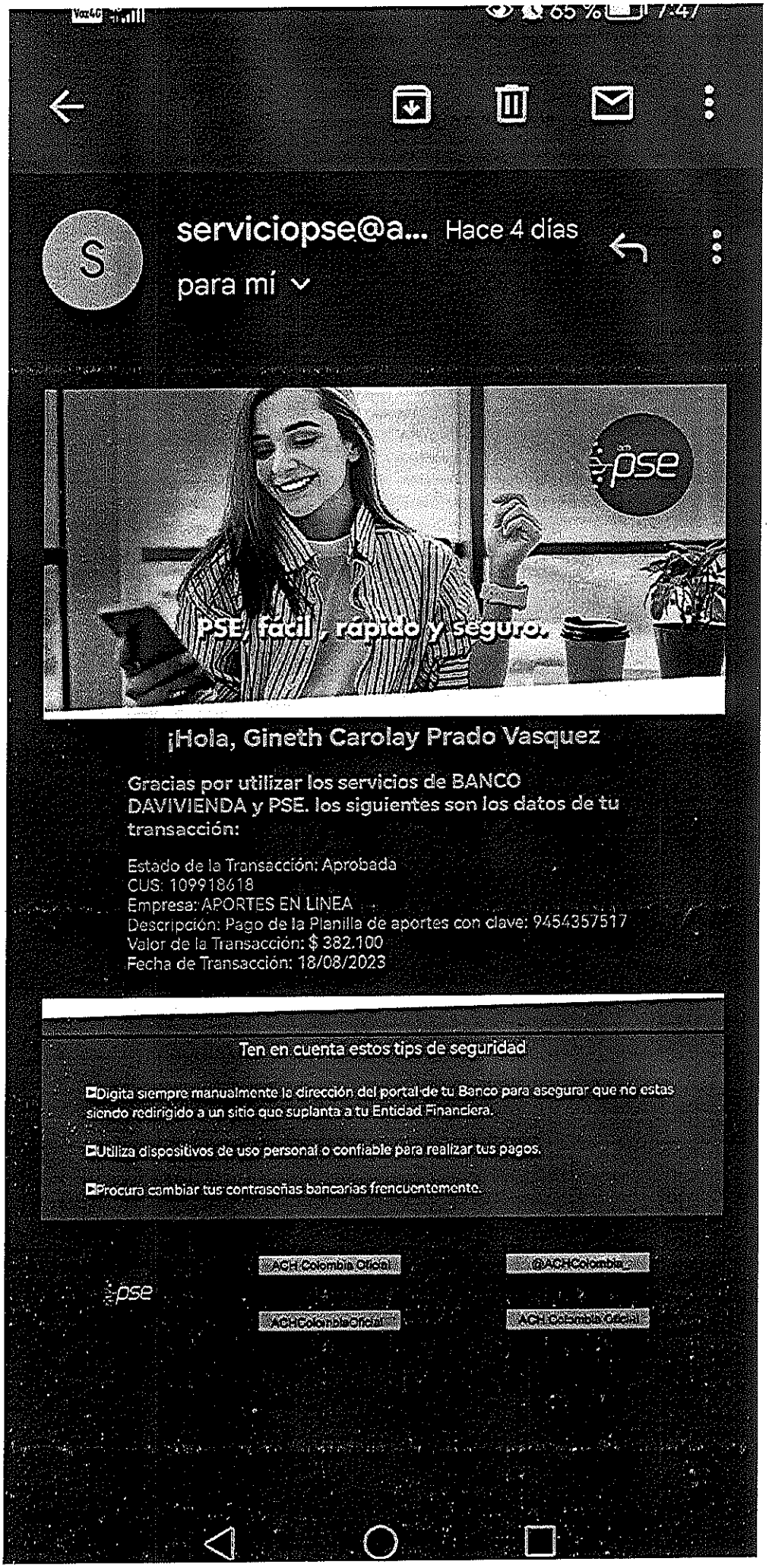
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

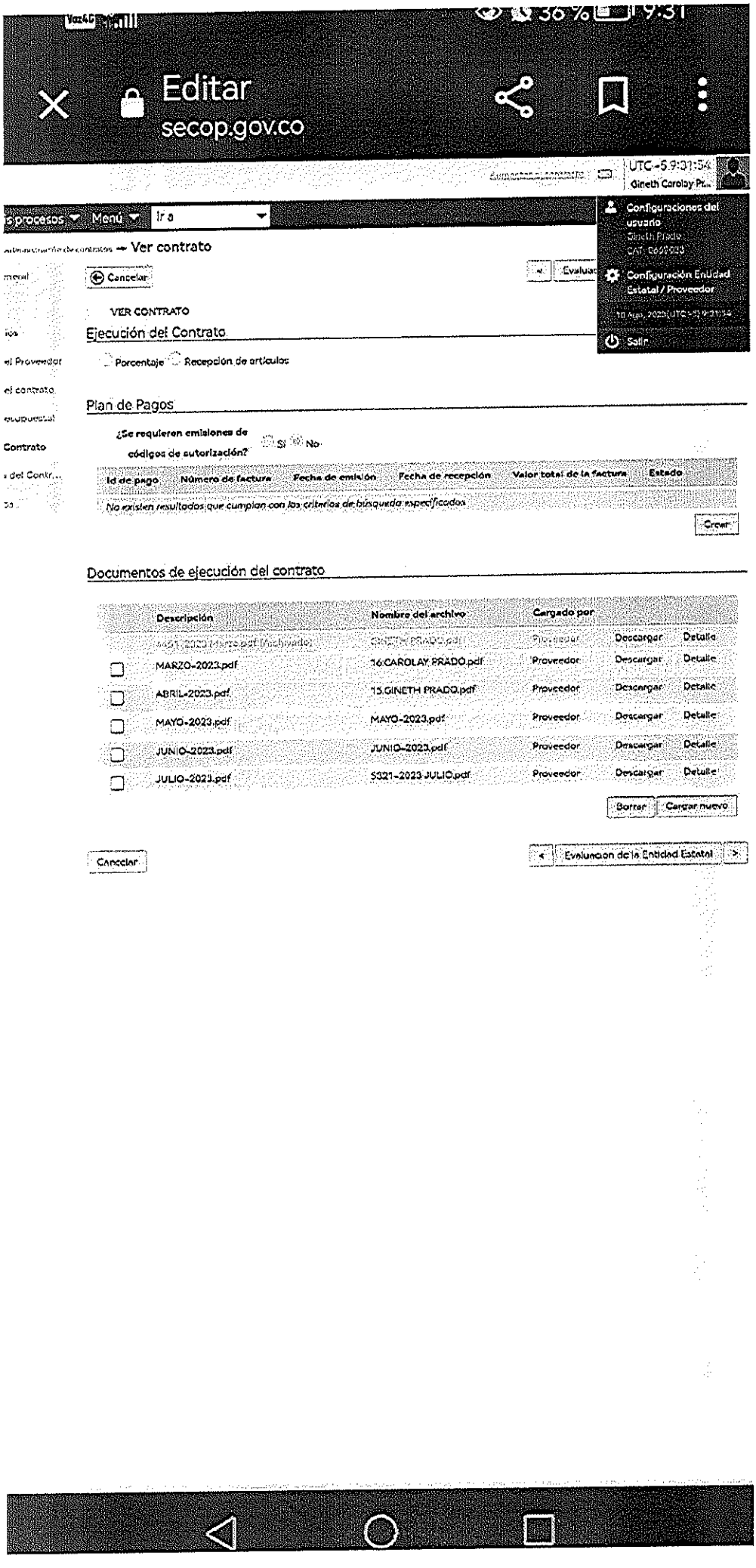
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	109918618	9454357517	I	2023/08/18	2023/08/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$382,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$0	$0	$28,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$0	$0	$23,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$382,100	$0	$0	$382,100

2023/08/18 09:36 AM


S
serviciopse@a... Hace 4 días
para mí
PSE, fácil, rápido y seguro.
¡Hola, Gineth Carolay Prado Vasquez
Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:
Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 109918618
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9454357517
Valor de la Transacción: $ 382.100
Fecha de Transacción: 18/08/2023
Ten en cuenta estos tips de seguridad
Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.
ACH Colombia Oficial
@ACHColombia
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial


Editar
secop.gov.co
Menú
Ir a
Ver contrato
Cancelar
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
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
MARZO-2023.pdf
16.CAROLAY PRADO.pdf
Proveedor
ABRIL-2023.pdf
15.GINETH PRADO.pdf
MAYO-2023.pdf
JUNIO-2023.pdf
JULIO-2023.pdf
5321-2023 JULIO.pdf
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluacion de la Entidad Estatal
Configuraciones del usuario
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Salir

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL — CA-FT-01 V5

FECHA:	2023. 06. 26.	HORA DE INICIO:	8:00 Am.	HORA DE TERMINACIÓN:	11: 00AM	LUGAR:	Caps Manuela Beltran.
EVENTO:	REUNIÓN ☒ MESA DE TRABAJO ☐ CAPACITACIÓN ☐ OTRO ☐	TEMA:	Reunion de equipo Ruralidad.			RESPONSABLE:	Lorena Gomez. Andrea Moya

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	No. DOCUMENTO	DEPENDENCIA	USE	CARGO	CORREO	FIRMA
1	Adriana Arboleda	51937881	G. Riesgo	Usu San Juan	Terapeuta Ocupacional	adr-arboleda@msn.com	
2	Lina M. Ruiz	1033789760	Gestión Territorio	Usu San Juan	Odontologa	Ruiz.lina.2@gmail.com	
3	Patricia Palacios	20347803	complementarios	Nazareth	Auxiliar de Salud	Patriciapalacios1260@gmail.com	Patricia Palacios
4	Esperanza Pulgarin	51699301	G. Riesgo	Nazareth	Aux Area Salud	esperanza.pb@hotmail.com	Esperanza Pulgarin G
5	Nancy Velasquez	51973848	Complement	Nazareth	Aux farmacia	nancyvelasquez7429@gmail.com	
6	Laura Gonzalez Rojas	1019129003	G. Riesgo	San Juan	Nutricionista	lgsantafe1@unal.edu.co	
7	Yilber Altamar	72297544	G. Riesgo	San Juan	Psicologo	Yilberaltamar3@gmail.com	
8	Laura Alejandra Perez	1023036250	G Riesgo	Nazareth	Terapeuta Sso	Laurap1260s@gmail.com	
9	Harvey Cortes	1073156952	G. Riesgo	Nazareth	Psicologo	hcort.s64@gmail.com	
10	Yohana Herrera Mateus	1022341301	G. Riesgo	Ruralidad	Vacunadora	yoherreram@unal.edu.co	
11	Rudy Ramirez	1069921350	G. Riesgo	San Juan	Aux enfermeria	rudyramirez@gmail.com	
12	Daisy Yulieth Sanabria	1033983061	Pc y SC	Sanjuan	Enfermera Jefe	daisyyulieth3590@gmail.com	
13	Monica Diaz Molina	1024592232	Ambulatorios	Sanjuan	Auxenfermeria	monicadiaz1090@hotmail.com	
14	Angelica Sosa	1023346158	PC y SC	San juan	Trabajo Social	angelicas@hotmail.com	
15	Alma Quintero	52118636	G. Riesgo	Nazareth	Odontologo PC	almaquinteroc@gmail.com	
16	Juli N Cozano	33625317	Ambulatorio	Nazareth	Odontologa	Juli.Cozano1427@gmail.com	
17	Julieth Arteaga R	1024570930	P.C y S.C	Nazareth	Trabajadora Social	julietharteaga1s@gmail.com	
18	Karen Hedo Gaitán	1032459069	A-b/bleria	Nazareth	Enfermera	karenhedog@gmail.com	
19	Yolanda Carmen Mesa	1017973710	G. Riesgo	Ruralidad	Tecnico Ambiental	yolanda.mesa1@gmail.com	
20	Diana Delgado	1033188114	G. Riesgo	Ruralidad	Abogada Politicas	Diana.delgado@gmail.com	
21	Enrique Russi	79880259	Gestión Riesgo	Ruralidad	Medico.	En.sumopaz@gmail.com	
22	Adriana Forero	52 184 351	G. Riesgo	Ruralidad	Nutricionista Politicas	Adrianaforero@gmail.com.	
23	Angie Lorena Gomez	1024590371	G. Riesgo	Ruralidad	Prof. apoyo contrato	apoyoruralidad@gmail.com	
24	Ana Maria Blanco	1023926235	Ruralidad	Ruralidad	Prof. apoyo	apoyo.contruralidad@gmail.com	
25	Andrea Moya	52543222	Ruralidad	Ruralidad	Lider PIC Sumapaz	lider.pic.ruralidad@sub.salud.gov.co	

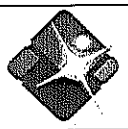
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL — CA-FT-01 V6

FECHA:	2023-06-26	HORA DE INICIO:	8:00 AM	HORA DE TERMINACIÓN:	11:00 AM	LUGAR:	CAPS Manuela Beltran.
EVENTO:	REUNIÓN ☒ MESA DE TRABAJO ☐ CAPACITACIÓN ☐ OTRO ☐	TEMA:	Reunion de equipo Ruralidad			RESPONSABLE:	Lorena Gomez. Andrea Moya.

No.	NOMBRE Y APELLIDO	No. DOCUMENTO	DEPENDENCIA	USS	CARGO	CORREO	FIRMA
1	John Moreno	1069935537	Ruralidad	TERCERA rural	Ing. Agronomo	ingalexmoreno@gmail.com	
2	Mercy Montes	1010194615	G. riesgo	Nazareth	Ing. ambiental	Milena.pramsa@gmail.com	
3	Alejandra Vasquez	1032405929	G. Riesgo	Nazareth	Fisioterapeuta	Yalvasquez@ural.edu.co	
4	Carolina Valencia V.	1054485915	G. Riesgo	Nazareth	Nutricionista	carolinaesv@hotmail.com	
5	Doris Villalba B	1022941534	complementarios	San juan	Aux Farmacia	dorisc_15@hotmail.com	
6	Julio Eduardo Romero	80254094	G. Riesgo	Nazareth	Aux enfermeria		
7	Yirena Paz Meneses	1022944987	Ambulatorios	nazareth	Aux enfermeria	Yirena.paz@gmail.com	
8	Adriana Cifuentes	53180317	Ambulatorios	Nazareth	Aux Enfermeria	adrianacifuentes@hotmail.com	
9	Cristian Gomez	1031131516	G. Riesgo	V. Hermosa	Psicologo	vespadadon@gmail.com	
10	Hellman Chavez P	1026179001	G. Riesgo	San Juan	Salud Ocupacional	hellman e@gmail.com	
11	Ivan Valdivieso	1073[illegible]	G. Riesgo	Tunal	Ing Agronomo		
12	Hellen Ramos	1013620546	G. Riesgo	Rafael	G. Ambiental	Hellen371@gmail.com	
13	Juan David Carvajal P.	1017400893	Terceros Rural	Ruralidad	Auxiliar		
14	Daysi Nuñez Escalante	1018485629	G. Riesgo	San juan	Enfermeria		
15	Carlos Alberto Baco	1233190787	Ambulatorios	Nazareth	Medico		
16	Gisella Narvaez	1085314383	Ambulatorios	San Juan	Medico SSO		
17	Danna Maestre	1012459295	Ambulatorios	San Juan	Enfermera		
18	Lady Dahana Neira	1026565145	Gestión Riesgo	Ruralidad	Delegada salud y Ruralidad		
19	Paola Andrea Guarin Torres	1022273429	Gestión Riesgo	Ruralidad	Delegado Política	Pguarin1cat@ural.edu.co	
20	ZAIRY J. OJEDA	1026271901	GESTIÓN DEL RIESGO	BOSA HOSP	TRABAJADORA SOCIAL	zairyojeda@gmail.com	
21	Nadira Azar C	1072397824	Gestión del Riesgo	Ruralidad	Ing. Química	ngarizo@ural.edu.co	
22							
23							
24							
25							

Página: 1 de 1

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	**EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN CONVENIOS PSPIC-GSP** **FORMATO DE RELACION DE SEGUIMIENTOS EN CAMPO**		

NOMBRE DEL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN_____

ENTORNO/PROCESO/LINEA: _____

PERIODO OBJETO DE SEGUIMIENTO_____

No	FECHA DEL SEGUIMIENTO EN CAMPO	PRODUCTO/INTERVENCION	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO/INSTITUCION/USUARIO	DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO/INSTITUCION/SUARIO	NUMERO DE ACTA/FICHA QUE SE REALIZO EL SEGUIMIENTO EN CAMPO (SI APLICA)	VISITA DE CAEFECTIVA/FALLIDA	FIRMA DEL USUARIO	FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SUBRED
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

FIRMA DEL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISION_____