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:**	2023-09-01	**Hasta:**	2023-09-30	
Nombre del Contratista:	MARIA ALEJANDRA LEON GARCIA		**Número de Documento:**	1032466350	
Correo Electrónico:	mleon350@uan.edu.co		**Número Telefónico:**	3186095785	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5881-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
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
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$7425905	91.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 7425905**	**SIETE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL NOVECIENTOS CINCOPESOS**		

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	$ 26232784	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 9914546	2836

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 4937728
2	JUNIO	$ 7098352

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	JULIO	$ 8795784
4	AGOSTO	$ 7233375

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7098352	$ 43245682	$ 28065239	$ 15180443

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	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.	--se atendió en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encontraban en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	--historia clínica y consentimiento informado
2	2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	--se realizó la verificación de los soportes para que cumplan con la calidad requerida del dato.	--documentos físicos
3	3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	--se realiza la verificación de la base entregada para validación de la visita al usuario.	--driver de información
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.	--se realiza las visitas correspondientes de acuerdo a la meta establecida	-historias clínicas
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.	--se realiza la entrega de los soportes físicos correspondientes a cada una de las familias visitadas las cuales son custodia del técnico administrativo.	--consentimientos informados
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).	--se realizó el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en la información recolectada en la consulta.	--historias clínicas
7	7. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	--se realizan las actividades de acuerdo a lo establecido en la guia operativa vigente elaborada por la secretaria distrital de salud y demás lineamientos que expida esta o la subred sur.	--historias clínicas
8	8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	--no aplica para este periodo.	--no aplica para este periodo.
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	--se realizan las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	--historia clínica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	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.	- se refieren los casos 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.	--Plataforma del sistema integral de referencia y contrarreferencia.
11	11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	--se registra oportunamente la información pertinente en la historia clínica.	--historia clínica
12	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 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.	-Se descarga la ficha del INS y se diligencia con los datos del paciente y familiar responsable en caso de que sea menor de edad	--historia clínica
13	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.	-Se registra la consulta diagnóstica en la historia clínica digital, refiriendo las conductas recomendadas, intereconsultas o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación.	---historia clínica
14	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.	- -se realiza la verificación de los integrantes de familia, independientemente de si 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.	-Visitas e historia clínica
15	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, 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 Secretaria 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.	-historia clínica

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**		$ 7233375
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	65762499			
2023	**AGOSTO**	**2023**	**09**	**14**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**SIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCOPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 2893350	$ 462936	$ 463000
Salud					SALUD TOTAL		$ 361669	$ 361700
ARL				3	POSITIVA		$ 70482	$ 70500
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 839708**	$ 895200

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	191185560

Alejandra León

MARIA ALEJANDRA LEON GARCIA
1032466350

Laydi Martinez O.

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-09-28, 07:10:43 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 65762499

Periodo Cotización: agosto de 2023 **Periodo Servicio:** agosto de 2023

PAGADO 14/09/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

›S DEL APORTANTE

Social	MARIA ALEJANDRA LEON GARCIA		
ento	CC1032466350	**Dirección**	DG 81F #72 C - 47
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6045023
rsona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
entante Legal		**Identificación**	
filiados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

ALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporta Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
	MARIA ALEJANDRA LEON GARCIA	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.893.350	$ 463.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 2.893.350	$ 361.700	2.436	$ 2.893.350	$ 70.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 895.200

OTALES

Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
2.893.350	$ 2.893.350	$ 2.893.350	$ 0	$ 463.000	$ 361.700	$ 70.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 895.200	$ 2.100	$ 897.300

Operativo, Linea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 143202

Jueves, 14 de septiembre de 2023, 7:01:50 p. m.

Detalle

$897.300

Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	ENLACE OPERATIVO S.A.
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *5560
Descripción:	Pago de Seguridad Social
Fecha y hora inicio transacción	2023-09-14 19:01:14
NIT del comercio	9999000891045
Número de factura	65762499
Código Único de Seguimiento	160844652
Dirección IP:	152.202.70.189
Referencia 1:	10.0.19.58
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1032466350

◀ WhatsApp 4G 12:06 p.m. 29 %

Evaluación para la medición de apropiación del conocimiento de la Política de Integridad, Conflicto de Intereses, Antisoborno y Anticorrupción - Tercer trimestre

Se registró tu respuesta

Enviar otra respuesta

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios



Menú

Ver contrato

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requiere un número de solicitud de autorización?

Identificación de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por

19:19 4G 51
e.almeraim.com

NCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

nsiderando la importancia en la transformación ltural de la Subred Integrada de Servicios de

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se registró la información con éxito

Aceptar

Agradecemos su compromiso con la seguridad de los pacientes.

esta encuesta, piense en su "unidad" como el área de bajo, servicio, dependencia o área clínica de la Unidad de rvicios de Salud donde usted pasa la mayor parte de su

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Certifica que:

MARIA ALEJANDRA LEON GARCIA
C.C.1032466350

Participó en el Curso Virtual:

Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"

Con una intensidad horaria de seis (6) horas

D f 0 i Y d a Y q w

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

Bogotá salud digital

BOGOTÁ

"La presente constancia de asistencia se expide conforme a lo definido en el Decreto 1075 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Educación Artículo 2.6.6.8. Educación informal"