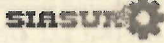
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-09-01	Hasta:	2023-09-30			
Nombre del Contratista:	DANIELA RINCON VELASQUEZ			Número de Documento:	1026582673		
Correo Electrónico:	drincon673@uan.edu.co			Número Telefónico:	3219966143		
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL		Código Grado:	-	
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	5878-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1393		
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)						
Dirección a la que Perteneces:	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	\$7098352	92.2%			
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 7098352		SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS				
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	\$ 26618958		1788	
2	2023-09-01	2023-10-31	2	\$ 9528766		2836	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar			
1		MAYO		\$ 5323902			
2		JUNIO		\$ 7098352			

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	JULIO	\$ 8313559	
4	AGOSTO	\$ 7715600	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 7098352	\$ 43246076	\$ 28451413	\$ 14794663
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 entrega 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 Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	-se realizan 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.	-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.	-historias clínicas

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, interconsultas 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 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 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

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			
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	70825887				
2023	AGOSTO	2023	09	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SIETE MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL SEISCIENTOS PESOS				
Ítem					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 3086240	\$ 493798	\$ 493800
Salud						COMPENSAR		\$ 385780	\$ 385800
ARL					3	SURA		\$ 75181	\$ 75200
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 895688	\$ 954800
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CORPBANCA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	225007085	



DANIELA RINCON VELASQUEZ
1026582673

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026582673	DANIELA RINCON VELASQUEZ	Calle 146 # 13-39	3219909143	danielaa.rvelasquez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1-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	
					EMPLADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	11/09/2023	7082587	\$954.800	

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					
EPS003	Compensar EPS	860066942-7	385.800	0		0		0	0	0	0	385.800	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
25-14	Colperpensiones	900336004-7	493.800	0	0	0	0	0	0	0	493.800	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	890903790-6	75.200				75.200	0	0	75.200			752	75.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	385.800	385.800
Pensión	1	493.800	493.800
Riesgos Laborales	1	75.200	75.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	954.800	954.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026582073	DANIELA RINCON VELASQUEZ	Calle 146 # 19-39	3219966143	daniela.r.velasquez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-08	2023-08	I	11/09/2023	70525897	\$954.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES													
No.	Tip	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Estado Civil	Grupos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cód. AFP	IRC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IRC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IRC ARL	Cotización	Código CCF	IRC CCF	Aporte CCF	IRC otros parafiscales	Aporte SCNA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1026582073	RINCON VELASQUEZ DANIELA	59	F	N												25-14	3.086.240	403.896	0	0	0	0	EP0008	3.086.240	385.800	14-11	3.086.240	3	75.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Daniela Rincón Velásquez <danielaa.r.velasquez@gmail.com>

Confirmación Transacción PSE - CUS 152723465

2 mensajes

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: danielaa.r.velasquez@gmail.com

10 de septiembre de 2023, 19:24



¡Hola, Daniela Rincón

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO ITAU y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 152723465
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: \$ 954.800
Fecha de Transacción: 10/09/2023

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 frecuentemente.



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: danielaa.r.velasquez@gmail.com

10 de septiembre de 2023, 19:24

[Texto citado oculto]

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 23:00:01

Daniela Rincón V...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir un

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

Identificación de pago	numero de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ CUENTA ABRIL CTO 7994-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 7994-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA MAYO CTO 5878-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5878-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA JUNIO CTO 5878-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5878-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA JULIO CTO 5878-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5878-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA AGOSTO CTO 5878- 2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5878- 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Carga nueva

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

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

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se registró la información con éxito

Aceptar

opción de incrementar el mejoramiento continuo.
Se preservará la confidencialidad y sólo serán
unos minutos.

**Agradecemos su compromiso con la seguridad de
los pacientes.**

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

AA

🔒 e.almeraim.com



Conoce y vive nuestra nueva
"Política de Integridad, Conflicto de
Intereses, Antisoborno y Anticorrupción"



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

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](#)

AA

docs.google.com





La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Certifica que:

DANIELA RINCON VELASQUEZ
C.C.1026582673

Participó en el Curso Virtual:

Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"

Con una intensidad horaria de seis (6) horas



Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud



*"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"*