| 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 | SIASOFT |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2023-09-01 | **Hasta:** | 2023-09-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | CATALINA ECHEVERRI SEPULVEDA | | **Número de Documento:** | 1112779712 | |
| **Correo Electrónico:** | cecheverri@fucsalud.edu.co | | **Número Telefónico:** | 3146159635 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5863-2023 | **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 | $7098352 | 93.4% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 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 | $ 27351802 | 1788 |
| 2 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 2 | $ 7558288 | 2836 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 6056746 |
| 2 | JUNIO | $ 7098352 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 3 | JULIO | $ 7211086 |
| 4 | AGOSTO | $ 7445554 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 7098352 | $ 42008442 | $ 27811738 | $ 14196704 |

| | 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. | Apoyé y atendí 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. | Historia clínica y plan de cuidado |
| 2 | 2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa. | Realicé diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa. | Historia clínica y plan de cuidado |
| 3 | 3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. | Realicé la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. | Historia clínica y plan de cuidado |
| 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. | Hice 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. | Historia clínica y plan de cuidado |
| 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. | Organicé 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. | Historia clínica, consentimiento informado y plan de cuidado |
| 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). | Realicé 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). | Historia clínica y plan de cuidado |
| 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. | Realicé 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. | Historia clínica y plan de cuidado |
| 8 | 8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. | Realicé las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. | Historia clínica y plan de cuidado |
| 9 | 9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. | Realicé las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. | Historia clínica y plan de cuidado |


***© Siasur - 2023***

| 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. | Referí 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. | Historia clínica, SIRC y plan de cuidado |
| 11 | 11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. | Registré oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. | Historia clínica y plan de cuidado |
| 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. | Identifiqué 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. | Historia clínica y plan de cuidado |
| 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. | Registré 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. | Historia clínica y plan de cuidado |
| 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. | Verifiqué 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. | Historia clínica y plan de cuidado |
| 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. | Di 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. | Historia clínica y plan de cuidado |


***© Siasur - 2023***

## 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 | $ 7445554 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 27770275 | | |
| 2023 | AGOSTO | 2023 | 09 | 29 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATROPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 2978222 | $ 476516 | $ 489200 |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 372278 | $ 382100 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 72549 | $ 74600 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 864340** | $ 945900 |

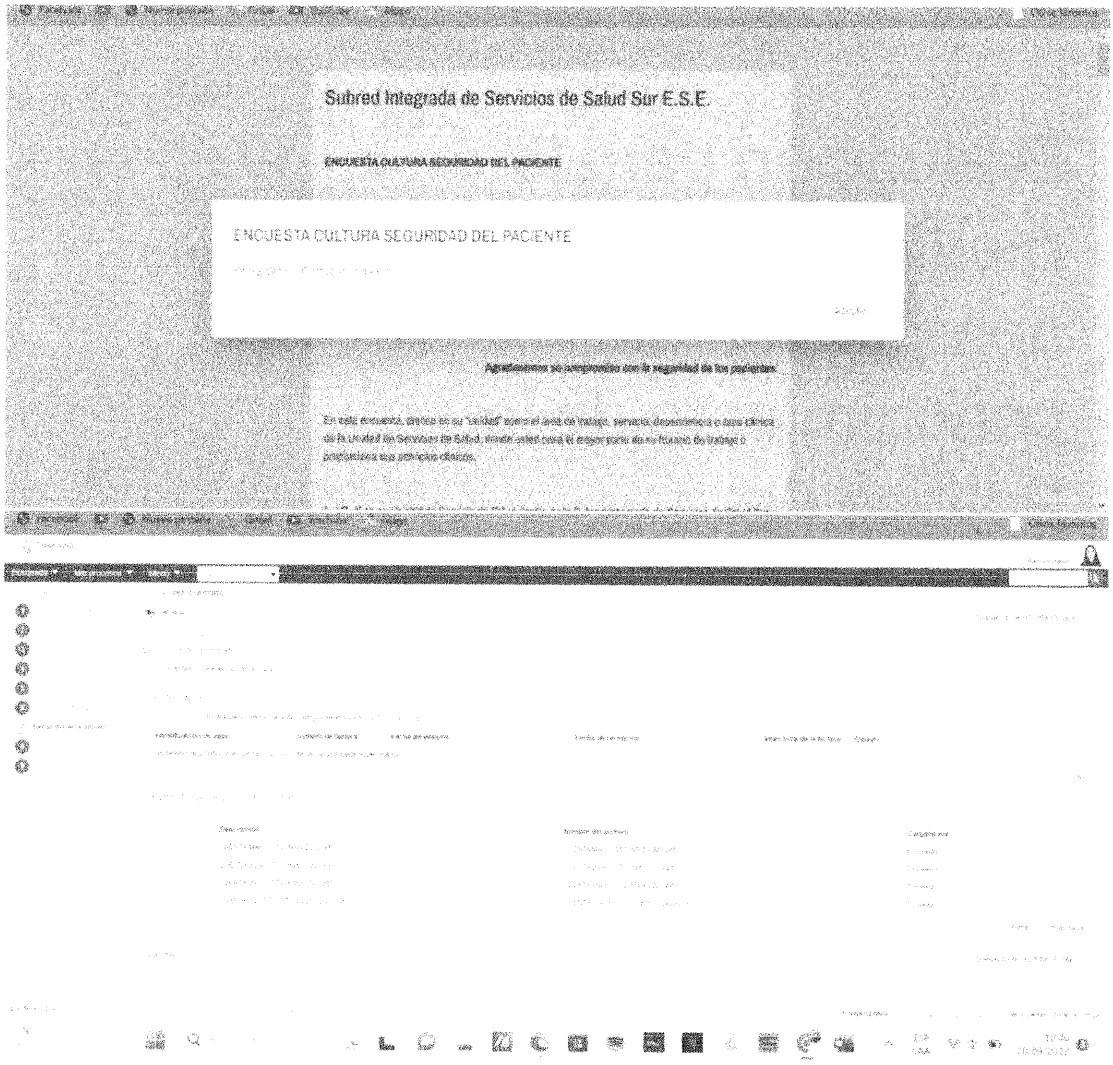
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 72385466723 |
|---|---|---|---|---|---|

**CATALINA ECHEVERRI SEPULVEDA**
**1112779712**

**LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL**


***© Siasur - 2023***


Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE
ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Agradecemos su compromiso con la seguridad de los pacientes.

# 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

docs.google.com

Gmail

Lizeth Angarita <lizzie.angarita@gmail.com>

## Confirmación Transacción PSE - CUS 186627802

<serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: <lizzie.angarita@gmail.com>

jue, 28 de sept, 22:30




¡Hola, Lizeth Paola Angarita Mejia

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

**La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**
**Certifica que:**

# Catalima Echeverri

C.C.1112779712

Participó en el Curso Virtual:

## Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"

Con una intensidad horaria de seis (6) horas

o 3 b Z 8 U Q o N N

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"*

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | CATALINA ECHEVERRI SEPULVEDA |
| IDENTIFICACION: | CC-1112779712 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-09-28 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-09-05 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-09-29 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCOLOMBIA |
| PERIODO PENSION: | 2023-08 |
| PERIODO SALUD: | 2023-08 |
| NUMERO PLANILLA: | 27770275 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 27770275 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 2.978.221 | $ 0 | $ 0 | $ 9.800 | $ 372.300 | $ 382.100 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 2.978.221 | $ 0 | $ 0 | $ 12.600 | $ 476.600 | $ 489.200 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 2.978.221 | $ 0 | $ 0 | $ 2.000 | $ 72.600 | $ 74.600 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 24.400 | $ 921.500 | $ 945.900 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 04/10/2023 |

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1112779712 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo pensión: | 2023-08 | 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | 24 | 476.600 | 12.600 | 489.200 |
| Periodo salud: | 2023-08 | EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | 24 | 372.300 | 9.800 | 382.100 |
| Planilla Nro.: | 27770275 Tipo I | 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | 24 | 72.600 | 2.000 | 74.600 |
| Clase de aportante: | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 24 | 0 | 0 | 0 |
| Fecha transacción: | 2023-09-28 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 |
| Banco: | BANCOLOMBIA | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 |
| Transacción: | 186627802 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | GRAN TOTAL | | | $ 945.900 |

Gmail

Lizeth Angarita <lizzie.angarita@gmail.com>

# Confirmación Transacción PSE - CUS 186627802

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: lizzie.angarita@gmail.com

28 de septiembre de 2023, 22:30




## ¡Hola, Lizeth Paola Angarita Mejia

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 186627802
Empresa: ASOPAGOS
Descripción: Pago de seguridad Social Integrado
Valor de la Transacción: $ 945.900
Fecha de Transacción: 28/09/2023

pse
ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial