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:	ANGIE DAYANA CORREA NAJAR		**Número de Documento:**	1026595687	
Correo Electrónico:	angie.correa.1009@gmail.com		**Número Telefónico:**	3204366658	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5779-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1392
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO (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	$6458216	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6458216**	**SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS DIECISEISPESOS**		

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	$ 25832864	1789
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 6458216	2838

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 6458216
2	JUNIO	$ 6458216

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	JULIO	$ 6458216
4	AGOSTO	$ 6458216

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6458216	$ 38749296	$ 25832864	$ 12916432

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la planeación, gestión y seguimiento para la implementación del proceso de planeación de la atención y prestación de servicios.	-Se realiza la planeación y organización del talento humano en conjunto del equipo de apoyos para el proceso de planeación de la atención. -Se realiza cronograma y distribución del equipo de admisión para dar respuesta a la apertura y facturación de atenciones prestadas por EAC-Relevos. -Se realiza el cronograma y distribución del equipo de agendamiento con el fin de dar respuesta a lo requerido por manual operativa. -Se establecen los puntos de control y el mecanismo de recolección de información para el equipo de planeación de la atención	-Cronograma -Base de ruteo -Base de agendamiento -Base de ingresos abiertos
2	Formular el plan de trabajo y el respectivo cronograma de la operación semanal de los equipos a cargo admisión y agendamiento, con base en las proyecciones realizadas por las estrategias casa a casa, ruteo y conglomerado.	-Se realiza la formulación del plan de trabajo para el equipo de planeación, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el manual operativo para el convenio 0002-2023	-Actas reunión.
3	Realizar la organización y distribución del talento humano para el agendamiento y admisión de acuerdo a las estrategias definidas.	-Se realiza cronograma y distribución del equipo de admisión para dar respuesta a la apertura y facturación de atenciones prestadas por EAC-Relevos. -Se realiza el cronograma y distribución del equipo de agendamiento con el fin de dar respuesta a lo requerido por manual operativa.	-Cronograma.
4	Generar informes, indicadores y reportes de acciones, acorde a la solicitud y demanda de la coordinación del convenio y/o la SDS.	-Se realiza informe de gestión, con la información y estructura solicitada por SDS.	-Informe de Gestión.
5	Hacer seguimiento, monitoreo y análisis de indicadores de proceso.	-Se identifican y se realiza seguimiento a los indicadores del proceso de planeación : •Proporción de personas con agendamiento para la atención de EAC y otras especialidades. • Porcentaje de usuarios con asistencia a citas asignadas para activación de RIAS	-Informe de gestión
6	Realizar la programación de comités de Cuidado, entrega de Planes de Cuidado, seguimiento a familias de acuerdo con la priorización, entre otros.	-Se realiza programación de comité interno de planeación y se establece articulación con líderes operativos para la programación de comité ampliado en las diferentes localidades.	-Acta de comité de cuidado - Cronograma

© Siasur - 2023

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Realizar seguimiento en campo a la operación, de manera aleatoria con el fin de realizar procesos de mejoramiento continuo del proceso de planeación de la atención y prestación de servicios.	-Se realiza seguimiento de las actividades contractuales de los profesionales y técnicos pertenecientes al grupo de planeación, con el fin de detectar acciones de mejora para dar cumplimiento al proceso establecido en el manual operativo con la calidad esperada.	-Acta de seguimiento
8	Realizar articulación con la profesional quien lidera el grupo de prestación de servicios.	-Se realiza articulación con lideres operativos con el fin de establecer plan de trabajo y articulación entre el equipo de planeación y prestación de servicios.	-Acta de reunión -Base de ruteo -Base de seguimiento
9	Realizar seguimiento y monitoreo al proceso de verificación de frecuencia de uso, agendamiento, facturación y seguimiento citas programadas por el grupo familiar.	-Se realiza seguimiento al proceso de verificación de frecuencia de uso, agendamiento y facturación con el fin de establecer puntos de control y acciones de mejora para garantizar la calidad en el producto final.	-Acta de seguimiento
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 da cumplimiento a las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, dando cumplimiento a lo establecido en la matriz programática y manual operativo, teniendo en cuenta el instructivo de medición de la calidad.	-Actas de reuniones -Cronograma -Base de agendamiento -Base de admisión -Informe de actividades
11	Apoyar el proceso de implementación y seguimiento de los mismos, que permita el desarrollo de las actividades cumpliendo con los criterios de calidad, pertinencia y suficiencia.	-Se establecen puntos de control para garantizar la calidad en las salidas de información establecidas por SDS.	-Base de agendamiento -Base de admisión
12	Realizar la articulación con los líderes operativos, líder de seguimientos y líder de información para realizar seguimiento a la operación, generar y gestionar la respuesta de las alertas identificadas, facilitar la comunicación y mejoramiento continuo en el desarrollo de las actividades.	-Se establece articulación con los líderes de los demas procesos con el fin de establecer plan de trabajo, puntos de control y definir herramientas que faciliten el flujo de información y garanticen la calidad de las salidas de información.	-Acta de reunión -Base de ruteo -Base de agendamiento -Base de admisión
13	Consolidar la información de la operación de las estrategias para elaborar los informes de gestión mensual de la subred que será revisado por el Coordinador, según los formatos establecidos por la Secretaría de Salud.	-Se realiza consolidación de las difentes bases, con el fin de garantizar las salidas de información establecidas en el manual operativo para el equipo de planeación.	-Base de admisión -Base de agendamiento -Base de ruteo

© 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	$ 6458216
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	70737199		
2023	AGOSTO	2023	09	12			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS DIECISEISPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 2583286	$ 413326	$ 413400
Salud		COMPENSAR		$ 322911	$ 323000
ARL	3	SURA		$ 62929	$ 63000
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 749722**	$ 799400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870515071

Angie Correa Najar

ANGIE DAYANA CORREA NAJAR
1026595687

Cláudia Martínez O.

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026595687	ANGIE DAYANA CORREA NAJAR	CL 48J BIS C SUR 5B-27 INT 7	3204366658	angie.correa.1009@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	12/09/2023	70737199	$851.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	323.000	0		0		0	0	0	0	323.000	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
231001	[illegible]	800227940-6	413.400	0	0	0	0	0	0		413.400	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	890903790-5	63.000				63.000	0	0	63.000			630	63.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	51.700	0	0	51.700	1

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	323.000	323.000
Pensión	1	413.400	413.400
Riesgos Laborales	1	63.000	63.000
CCF	1	51.700	51.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	851.100	851.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026595687	ANGIE DAYANA CORREA NAJAR		CL 48J BIS C SUR 5B-27 INT 7	3204366658	angie.correa.1009@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	12/09/2023	70737199	$851.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suspen.	Extranjero	Cónyuge, estando	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1026595687	CORREA NAJAR ANGIE DAYANA	59	0			N																	231001	2.583.286	413.400	0	0	0	0	EPS008	2.583.286	323.000	14-11	2.583.286	3	63.000	CCF24	2.583.286	51.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
154817967

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
11/09/2023

Número de aprobación
00817967

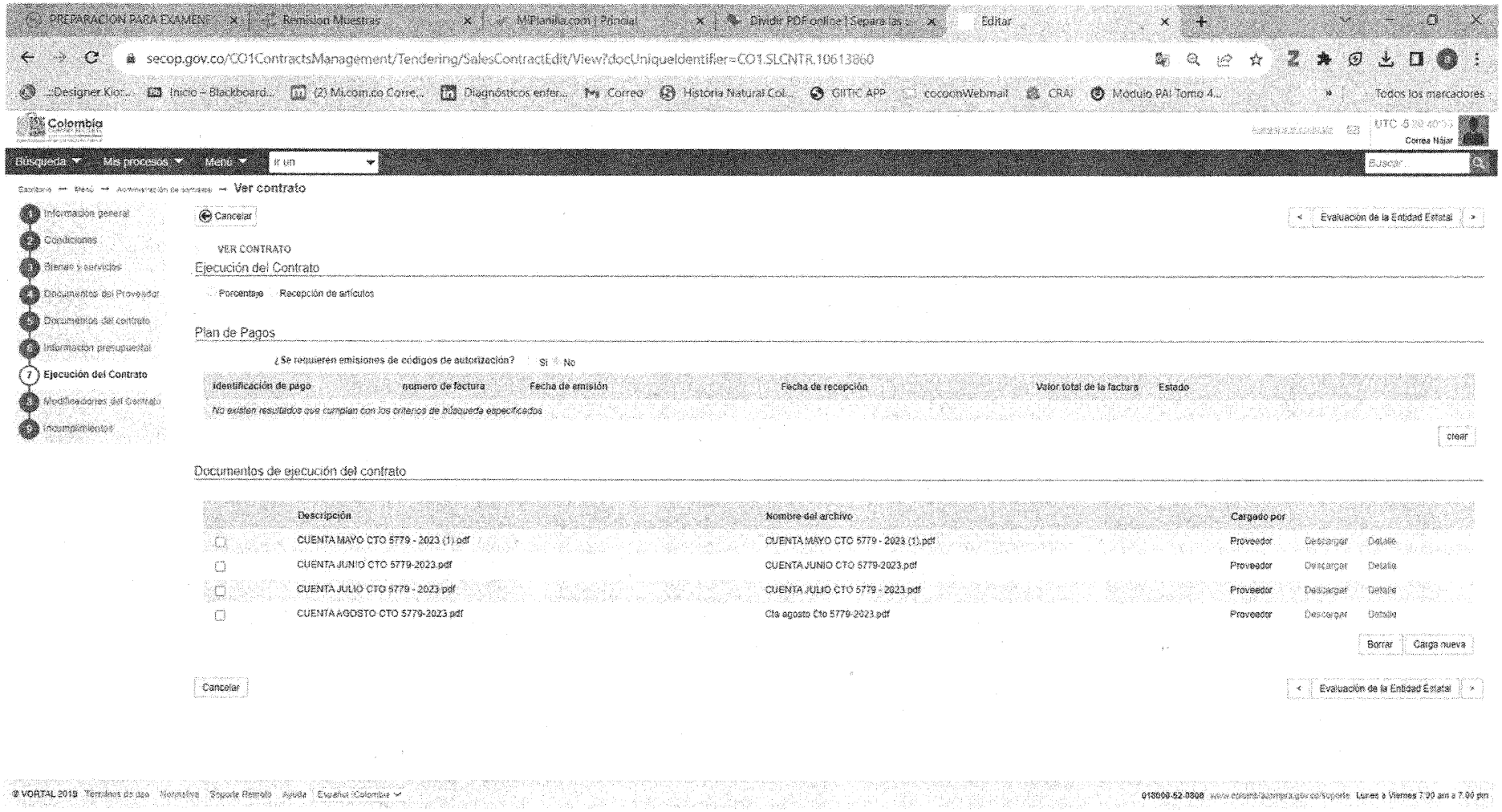
Dirección IP
201.244.231.124

Valor transacción
$ 851.100,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
201.244.231.124	CC	1026595687

Banca Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA


PREPARACION PARA EXAMENE
Remision Muestras
MiPlanilla.com | Principal
Dividir PDF online | Separa las ...
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.10613860
Designer.Kioc...
Inicio – Blackboard...
(2) Mi.com.co Corre...
Diagnósticos enfer...
Correo
Historia Natural CoL...
GITIC APP
cocoonWebmail
CRAI
Modulo PAI Tomo 4...
Todos los marcadores
Colombia
Correa Hájar
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir un
Buscar
Ver contrato
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
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
No
Identificación 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
CUENTA MAYO CTO 5779 - 2023 (1).pdf
CUENTA MAYO CTO 5779 - 2023 (1).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA JUNIO CTO 5779-2023.pdf
CUENTA JUNIO CTO 5779-2023.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA JULIO CTO 5779 - 2023.pdf
CUENTA JULIO CTO 5779 - 2023.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA AGOSTO CTO 5779-2023.pdf
Cta agosto Cto 5779-2023.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Carga nueva
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Certifica que:

ANGIE DAYANA CORREA NAJAR

C.C.1026595687

Participó en el Curso Virtual:

Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"

Con una intensidad horaria de seis (6) horas

C V 4 m P a K C A M

Bogotá salud digital
Rápido, fácil y seguro para todos

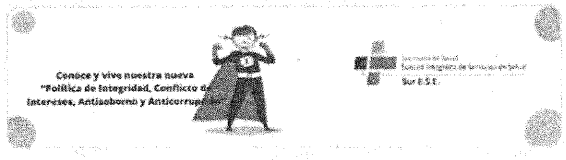
Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

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"

8:15 68%

docs.google.com/forr



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

10:27 84%

docs.google.com/forr



Encuesta Estrés en Área de la Salud

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

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

Google Formularios

8:35 62%

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

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 horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.