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:	GERALDINE NORANDA GALINDO ENCISO		**Número de Documento:**	1013659868	
Correo Electrónico:	YERITAS.G@HOTMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3122463024	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5939-2023	**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	$4387425	90.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4387425**	**CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCOPESOS**		

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	$ 16421505	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 4713349	2836

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 2582313
2	JUNIO	$ 4613064

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	JULIO	$ 4801097
4	AGOSTO	$ 4525316

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 25747918**	**$ 16521790**	**$ 9226128**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar la Atención de consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	-valoración cefalocaudal según el ciclo de vida, regidos en la resolución 3280	-historia clinica
2	2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	--comunicación activa con el líder, personas encargadas de la facturación y de bases de datos.	-planes de cuidado, historia clínica
3	3. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	--ingresar direccion, manzana y predio	-base de datos DRIVE
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.	-educación al paciente de acuerdo al ciclo de vida, numeros de atencion a emergencias	-historia clínica, 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.	--hacer entrega de consentimiento informado, desistimientos debidamente firmados in tachones, mancha o enmendaduras	-consentimiento informado, desistimiento
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).	-consignar la información del paciente y los hallazgos encontrasdos	-historia clinica
7	7. Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur	-realizar visitas casa a casa, conglomerados, ruteo y seguimiento. asistir a los comités de cuidado	-historias clinicas, listas de asistencia
8	8. Realizar las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural.	cumplir con las horas propuestas de actividades	--historias clinicas, base de datos

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-tomar medidas antroprometricas	-historia clinica, curvas de crecimiento y desarrollo
10	10. Verificar 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.	-activación de rutas, cuando lo requiera el paciente	--sistema de referencia y contrarreferencia sirc
11	11. 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.	-cumplir con los tiempos establecidos de forma oportuna	historias clínicas, base de datos

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	$ 4525316
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	70910901		
2023	AGOSTO	2023	09	15			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES QUINIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS DIECISEISPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES	$ 1810126	$ 289620	$ 289700
Salud		SÁNITAS		$ 226266	$ 226300
ARL	3	SURA		$ 44095	$ 44100
Caja de Compensación	NO		Total	$ 525335	$ 560100

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24102014684

Geraldine Noranda

GERALDINE NORANDA GALINDO ENCISO
1013659868

Cicera Martinez O.

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023



¡Hola, Geraldine Noranda Galindo Enciso

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 161336818
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 596.400
Fecha de Transacción: 15/09/2023

2/10/23, 12:35 Editar



UTC -5 12:35:25

Buscar...

Buscar... | Ítem presupuestal | Menú | Ir a

Inicio ▸ Mipres ▸ Administración de contratos ▸ 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

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		
☐	CUENTA MAYO CTO 5939-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5939-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5939-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5939-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5939-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5939-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5939-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5939-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

« Evaluación de la Entidad Estatal »

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013659868	GERALDINE NORANDA GALINDO ENCISO		Calle 31 a sur # 29c 15	8116152	perfilas.g@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	1	15/09/2023	709109901	$596.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	226.300	0		0		0	0	0	0	226.300	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
230901	Old Mutual	800256055-2	289.700	0	0	0	0	0	0		289.700	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	800362792-5	44.100				44.100	0	0	44.100			441	44.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.300	0	0	36.300	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	226.300	226.300
Pensión	1	289.700	289.700
Riesgos Laborales	1	44.100	44.100
CCF	1	36.300	36.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	596.400	596.400

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	[illegible]	GERALDINE NORANDA GALINDO ENCISO	Calle 31 a sur # 23c 15	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

DETALLE POR COTIZANTE

No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Tipo cotizante	Subtipo	[illegible]	[illegible]	[illegible]	INFORMACIÓN NOVEDADES	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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
1	CC	[illegible]	GALINDO ENCISO GERALDINE NORANDA	59	0			[illegible]		230901	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	EPS005	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF24	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0

PAGADA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Certifica que:

GERALDINE NORANDA GALINDO ENCISO

C.C.1013659868

Participó en el Curso Virtual:

Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"

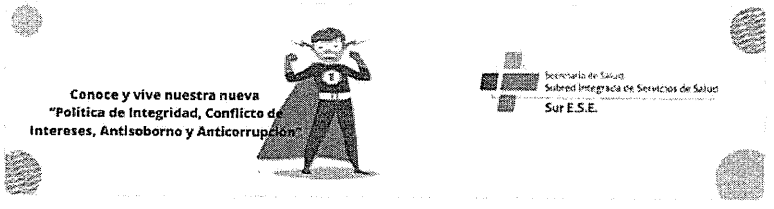
Con una intensidad horaria de seis (6) horas

0 B 5 7 M M R u H Y

Bogotá salud digital

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

BOGOTÁ



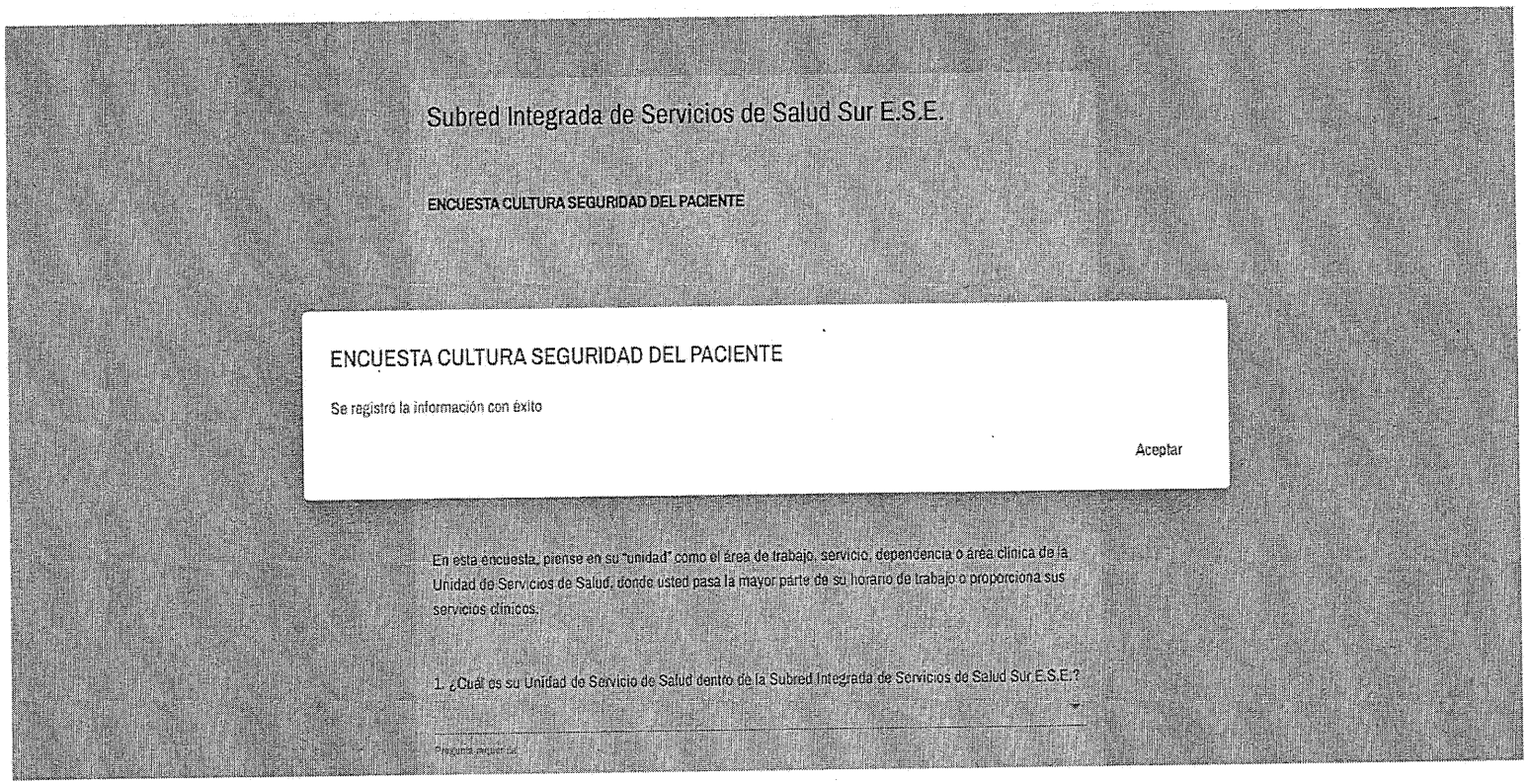
Evaluación para la medición de apropiación del conocimiento de la Política de Integridad, Conflicto de Intereses, Antisoborno y Anticorrupción - Tercer trimestre

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

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

Google Formularios



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

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se registro la información con éxito

Aceptar

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.

1. ¿Cuál es su Unidad de Servicio de Salud dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.?

Pregunta requerida