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	sinsur

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-10-01	**Hasta:**	2023-10-31	
Nombre del Contratista:	JORGE OMAR ARANGO DIAZ		**Número de Documento:**	19233337	
Correo Electrónico:	nadieseloasbr@gmail.com		**Número Telefónico:**	3102111160	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5849-2023	**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	$3279130	46.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3279130**	**TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTOTREINTAPESOS**		

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	$ 2422698	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 0	2836

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 2931928
2	JUNIO	$ 4436470

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	JULIO	$ 3607043
4	AGOSTO	$ 2931928
5	SEPTIEMBRE	$ 3529887

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7098352	$ 31325336	$ 17437256	$ 13888880

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 APOYO Y ATENDIÓ EN CONSULTA A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SE ENCONTRABAN EN LA VIVIENDA INDEPENDIENTE AL RÉGIMEN DE ATENCIÓN QUE PERTENECEN-	HISTORIA CLÍNICA Y DRIVE DE INGRESOS-
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 DIARIAMENTE LA CORRECCIÓN DE LOS REQUISITOS DE CALIDAD POR LOS INSTRUMENTOS DE VALIDACIÓN ESTABLECIDOS PARA LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA-	HISTORIA CLÍNICA DRIVE 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.	SE REALIZÓ ENTREGA DE LOS MAPAS DE LAS RUTAS DE CAMPO AL GEÓGRAFO-	ENTREGA DE MAPAS
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 REALIZARON RECOMENDACIONES, INDICACIONES,ENTREGA DE FORMULACION TODO REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE DE CAPITAL SALUD ,UNA VEZ REALIZADA LA CONSULTA POR LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA	PLAN DECUIDADO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 REALIZARON LOS SOPORTES DOCUMENTALES SIGUIENDO LAS DIRECTRICES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL, FORMATOS DE CONSENTIMIENTOS Y PLANES DE CUIDADO	CONSENTIMIENTO INFORMADO, PLAN DE CUIDADO, ORDENES MÉDICAS
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 REALIZO 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 CON LA CONSULTA DIAGNÓSTICA(HISTORIA CLÍNICA DIGITAL)	HISTORIA CLÍNICA CON DINÁMICA
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 REALIZARON ACTIVIDADES DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA GUÍA OPERATIVA VIGENTE ELABORADA POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y DEMAS LINEAMIENTOS QUE EXPIDA ÉSTA O LA SUBRED SUR	HISTORIA CLÍNICA PLAN DE CUIDADO
8	8 Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural	SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO AL ESQUEMA DE OPERACIÓN DEFINIDO POR 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.	SE REALIZARON LAS MEDICIONES Y TAMIZAJES NECESARIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y LA VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO	HISTORIA CLÍNICA PLAN DE CUIDADO

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 REFIRIÓ MEDIANTE LA PLATAFORMA DEL SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA - SIRC-LOS REQUERIMIENTOS DE ATENCIÓN QUE SE IDENTIFIQUEN EN POBLACIÓN AFILIADA A EAPBS DIFERENTES A CAPITAL SALUD PARA QUE DESDE ALLÍ SE GESTIONE LA ATENCIÓN CORRESPONDIENTE	HISTORIA CLÍNICA
11	11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	SE REGISTRO OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN PERTINENTE DE LOS INSTRUMENTOS DE CONTROL QUE ESTABLEZCA LA ENTIDAD	DRIVE DE INGRESOS Y DINÁMICA
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 IDENTIFICARON 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	(HTTPS://INS.GOV.CO/BUSCADOR/EVENTOS/PAGINAS/FICHAS Y PROTOCOLOS.ASPX) Y EL SISTEMA O SUBSISTEMA DE VIGILANCIA CORRESPONDIENTE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	13 Registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, referiendo 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 REGISTRO LA CONSULTA DIAGNÓSTICA BÁSICA EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL REFIRIENDO LAS CONDUCTAS RECOMENDADAS, INTERCONSULTAS 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 DEL HOGAR.	HISTORIA CLÍNICA CON DINÁMICA
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 REALIZÓ VERIFICACIÓN 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 PLAN DE CUIDADO CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 DIO 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	HISTORIAS CLÍNICAS DRIVE DE AJUSTE DE SEGUIMIENTOS

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	$ 3529887
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	45193946621		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	25			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	SI	PENSIONADO	$ 1411955	$ 225913	$ 0
Salud		COMPENSAR		$ 176494	$ 253900
ARL	3	SURA		$ 34395	$ 49500
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	Total	$ 409777	$ 301508

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	20770030060

JORGE OMAR ARANGO DIAZ
19233337

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			JORGE OMAR ARANGO DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	[illegible]	TELÉFONO	1111111
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Actividades inquisitorias y facilitadoras de la ac
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	4555394621	TIPO DE PLANILLA	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES septiembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA	35		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2023-10-25	NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTALES APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 3.300	$ 0	$ 250.000	$ 3.900	$ 0	$ 253.900
SUBTOTALES:													$ 250.000	$ 3.900	$ 0	$ 253.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA			$ 0	$ 0		$ 0	$ 45.600	$ 45.600	$ 800	$ 0	$ 43.600
SUBTOTALES									$ 45.600	$ 800	$ 0	$ 43.600

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 40.000	$ 700	$ 40.700
SUBTOTALES:			$ 40.000	$ 700	$ 40.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DE COTIZANTE							NOVEDADES	SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES					
No	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO		PENSIÓN ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	CCF IBC	ADMIN	TOTAL	SENA / ICBF / ESAP / MINEDU
1	[illegible]	ARANGO DIAZ JORGE OMAR	INDEPENDIENTE	[illegible]	$ 2.000.000					$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		EPS008-COMPENSAR	2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	ARL SURA	2.000.000	[illegible]	$ 45.600	2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 40.000	$ 0 / $ 0 / $ 0 / $ 0

TOTAL $ 344.200

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19233337
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JORGE OMAR ARANGO DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DIAG. 40A # 8-91 APTO. 1409	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4519394621**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2023	SALUD:		AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		15			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996350035

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES COTIZANTES	TOTALES TOTAL PAGADO
SALUD				
NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 253.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 253.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 40.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 40.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 49.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 49.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 338.800**
VALOR MORA:	**$ 5.400**
TOTAL PAGADO:	**$ 344.200**