

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR 

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-10-01	Hasta:	2023-10-31	
Nombre del Contratista:	ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ		Número de Documento:	1018481200	
Correo Electrónico:	angela09502@gmail.com		Número Telefónico:	3124276542	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5889-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1393
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	\$6403948	88.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 6403948	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-06		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	\$ 24689920	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	\$ 5748122	2836
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MAYO		\$ 2623304	
2		JUNIO		\$ 5844567	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	JULIO	\$ 7561288	
4	AGOSTO	\$ 7271953	
5	SEPTIEMBRE	\$ 6403948	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 7098352	\$ 37536394	\$ 29705060	\$ 7831334
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 apoyó y atendió a cada integrante del hogar independientemente de su régimen de afiliación	-Se entregaron los formatos pertinentes individuales de atención de todos los miembros del hogar atendido, incluida la historia clínica
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 corrección oportuna según requisitos de calidad	Se entregaron los documentos corregidos, según el caso, según correcciones realizadas por el instrumento de validación
3	3. Realizar la entrega al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	-Se entregaron los documentos corregidos, según el caso, según correcciones realizadas por el instrumento de validación	-Se entregó en físico la documentación correspondiente a mapas y rutas finalizadas
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 en salud de manera individual al finalizar cada intervención	-Se entregó en físico el plan de cuidado al finalizar la intervención a los usuarios
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 organizaron los soportes documentales según directrices del sistema	-Se entregó en físico para archivo los soportes de acciones según el cargo
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 riesgos de salud para la familia según los formularios oficiales	-Se entregó la historia clínica digital con las acciones de abordaje en riesgos sociales y de salud identificados en la intervención
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 las actividades establecidas en la guía operativa vigente aprobada	-Se entregaron los soportes de todas las actividades realizadas según indicaciones de la guía operativa aprobada
8	8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	Se realizaron las actividades según el esquema de operación rural según la asignación	Se entregaron los soportes de realización de actividades en el sector rural según programación asignada

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.	-Se realizaron las mediciones y tamizajes necesarios para la valoración en salud e identificación de riesgos	-Se entregó la información en historia clínica con tamizajes realizados e identificación de riesgos
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 refirieron mediante plataforma SIRC a usuarios de otras EAPB según su requerimiento	Se entregó el soporte de remisión por SIRC de cada usuario que así lo requirió
11	11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Se registraron de forma oportuna en los instrumentos establecidos, toda la información de instrumentos de control	-Se entregaron los instrumentos de control establecidos con toda la información registrada en las actividades de valoración
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 realizaron las fichas de notificación de eventos en salud pública según el caso pertinente	-Se entregó anexo a historia clínica, según el caso, la ficha de notificación de evento en salud pública
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 registraron en la historia clínica, las formulas, remisiones e interconsultas según la necesidad del paciente	-Se entregaron las historias clínicas digitales con anexos de solicitudes según el caso en particular, como formulas, interconsultas y exámenes
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 la verificación para que todos los integrantes de la familia accedieran a las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud	-Se entregó el plan de actividades para que los integrantes de la familia accedieran a las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud
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 todas las actividades contractuales	-historias clínicas

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 \$ 6403948			
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	71020086				
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	19					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	COLFONDOS	\$ 2561579	\$ 409853	\$ 495800
Salud						COMPENSAR		\$ 320197	\$ 387300
ARL					3	POSITIVA		\$ 62400	\$ 75600
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 743421	\$ 958700
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	0550488417985485		

Angela M. Orjuela G.
ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ
1018481200

Ciclon C/lo-thet O.
LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018481200	ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ		Carrera 81 bis # 22 c 58	8142037	angelao9502@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	2023-09			* TOTAL A PAGAR	
	2023-09		2023-09	1	19/10/2023
					71020086
					\$958,700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	381.000

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	16	6.300	0	387.300	1

TOTALES PENSIÓN

FORMULARIO FONOTRABA												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colombos	800227840-6	487.700	0	0	0	0	16	8.100	0	495.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización 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									
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	74,300				74,300	16	1,300	75,600		743	75,600	1

TOTALES CAJAS[illegible]

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	381.000	387.300
Pensión	1	487.700	495.800
Riesgos Laborales	1	74.300	75.600
GCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SEVA	0	0	0
TOTALES	3	943.000	958.700

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	19/10/2023	\$858,700	
			71020086		



¡Hola, ANGELA MARIA ORJUELA
GUTIERREZ

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUIB: 227897306
Empresa: COMPENSAR-01
Descripción: Millaviva con Pago Protección Social
Valor de la Transacción: \$ 586.700
Fecha de Transacción: 19/10/2023

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

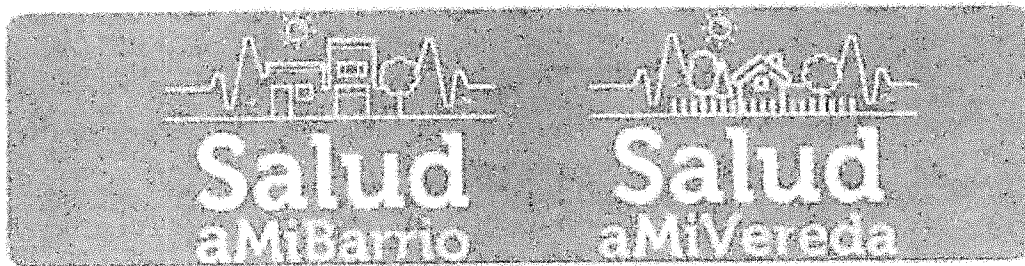
8:57

WhatsApp



AA

docs.google.com



Identificación horarios de atención en los territorios EAC

Se registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) -
[Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Busqueda	Mis procesos	Menú	Ir a
----------	--------------	------	------

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- Información general
- Condiciones
- Bienes y servicios
- Documentos del Proveedor
- Documentos del contrato
- Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
 - Modificaciones del Contrato
 - Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

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

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor tot
------------	-------------------	------------------	--------------------	-----------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Ce
☐	CUENTA ABRIL CTO 8075-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 8075-2022.pdf	Pr
☐	CUENTA MAYO CTO 5889-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5889-2023.pdf	Pr
☐	CUENTA JUNIO CTO 5889-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5889-2023.pdf	Pr
☐	CUENTA JULIO CTO 5889-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5889-2023.pdf	Pr
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5889-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5889-2023.pdf	Pr
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5889-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5889-2023.pdf	Pr

Cancelar

Datos guardados

