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:**	2023-10-01	**Hasta:**	2023-10-31	
Nombre del Contratista:	MARIA ANGELICA MENDEZ GALINDO		**Número de Documento:**	1032420284	
Correo Electrónico:	maamendezga@unal.edu.co		**Número Telefónico:**	3102203549	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5937-2023	**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	$4700813	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4700813**	**CUATRO MILLONES SETECIENTOS MIL OCHOCIENTOS TRECEPESOS**		

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	$ 17198706	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 5315053	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	$ 87749	3150

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 3359514

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	JUNIO	$ 4613064
3	JULIO	$ 5076878
4	AGOSTO	$ 4613064
5	SEPTIEMBRE	$ 4851239

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	$ 27214572	$ 22513759	$ 4700813

	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 integral de los miembros de las familias visitadas en territorio	- Plan de cuidado Familiar e 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.	-diligenciamiento del plan de cuidado familiar con calidad de la información reportada	-Plan de cuidado Familiar
3	3. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	-Entrega de Cartografía diligenciada con población encontrada en las viviendas	-Plan de cuidado- Mapas diligenciados
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.	-Valoración y remisión de los usuarios a servicios y rutas necesarias para la Atención integral	-SIRC Y ORDENES MEDICAS GENERADAS EN LA HISTORIA CLINICA
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.	-entrega de consentimientos informados con datos de los pacientes y debidamente firmados	-Consentimientos Informados , ordenes medicas
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).	--captura y caracterización de familias encontradas en el territorio, canalizaciones asociadas a riesgos en salud	- Plan de cuidado familiar
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	-Atención integral de familias en el territorio, gestión del riesgo en salud enmarcadas en la Resolución 3280 de 2000	- Historia Clínica - Plan de cuidado Familiar

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. Realizar las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural.	-NO APLICA	- NO APLICA
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-Valoración integral de la familia, aplicación de Tamizajes cardiovasculares y tamizajes de mama y citología	-Historias Clinicas Y Plan de Cuidado Familiar
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.	-Registro de Canalizaciones en salud a Otras EAPB, para población con riesgos en salud	-APLICATIVO 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.	--Desarrollo de visitas programadas por equipo de planeación y líder operativo	-Historia clínica y Plan de cuidado

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	$ 4851239
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9457762049		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	19			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1940496	$ 310479	$ 310500
Salud		SÁNITAS		$ 242562	$ 242600
ARL	3	SURA		$ 47270	$ 47300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 563170	$ 600400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	70200014811

MARIA ANGELICA MENDEZ GALINDO
1032420284

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032420284		MENDEZ GALINDO MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 4 M # 53-81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6611287	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	228504640	94577620049	I	2023/10/20	2023/10/19	BANCOLOMBIA	0	$600,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$310,500	$0	$0	$310,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$310,500	$0	$0	$310,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$47,300	$0	$0	$47,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$47,300	$0	$0	$47,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$242,600	$0	$0	$242,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$242,600	$0	$0	$242,600
TOTAL				1	$600,400	$0	$0	$600,400

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032420284		MENDEZ GALINDO MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 4 M # 53-81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6611287	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	228504640	94577762049	I	2023/10/20	2023/10/19	BANCOLOMBIA	0	$600,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,940,496	$310,500			$1,940,496	$242,600			$0	$0			$1,940,496	$47,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,940,496	$310,500			$1,940,496	$242,600			$0	$0			$1,940,496	$47,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,940,496	$310,500			$1,940,496	$242,600			$0	$0			$1,940,496	$47,300		$0	$0
1	CC	1032420284	MENDEZ MARIA	230301	30	$1,940,496	$310,500	EPS009	30	$1,940,496	$242,600		0	$0	$0	14-11	30	$1,940,496	$47,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,940,496	$310,500			$1,940,496	$242,600			$0	$0			$1,940,496	$47,300		$0	$0

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Maria Angelica Mendez Galindo <maamendezga@unal.edu.co>

Fwd: Confirmación Transacción PSE - CUS 228504640

1 mensaje

Jose Daniel Cruz Casallas <danielcc89@gmail.com>
Para: Maria Angelica Mendez Galindo <maamendezga@unal.edu.co>

24 de octubre de 2023, 18:20

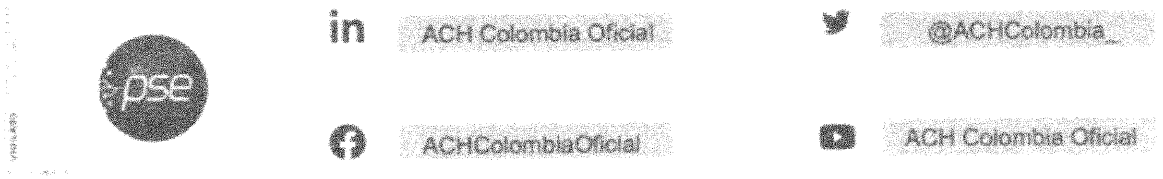
---------- Forwarded message ---------
De: <serviciopse@achcolombia.com.co>
Date: jue, 19 oct 2023 a las 16:37
Subject: Confirmación Transacción PSE - CUS 228504640
To: <danielcc89@gmail.com>

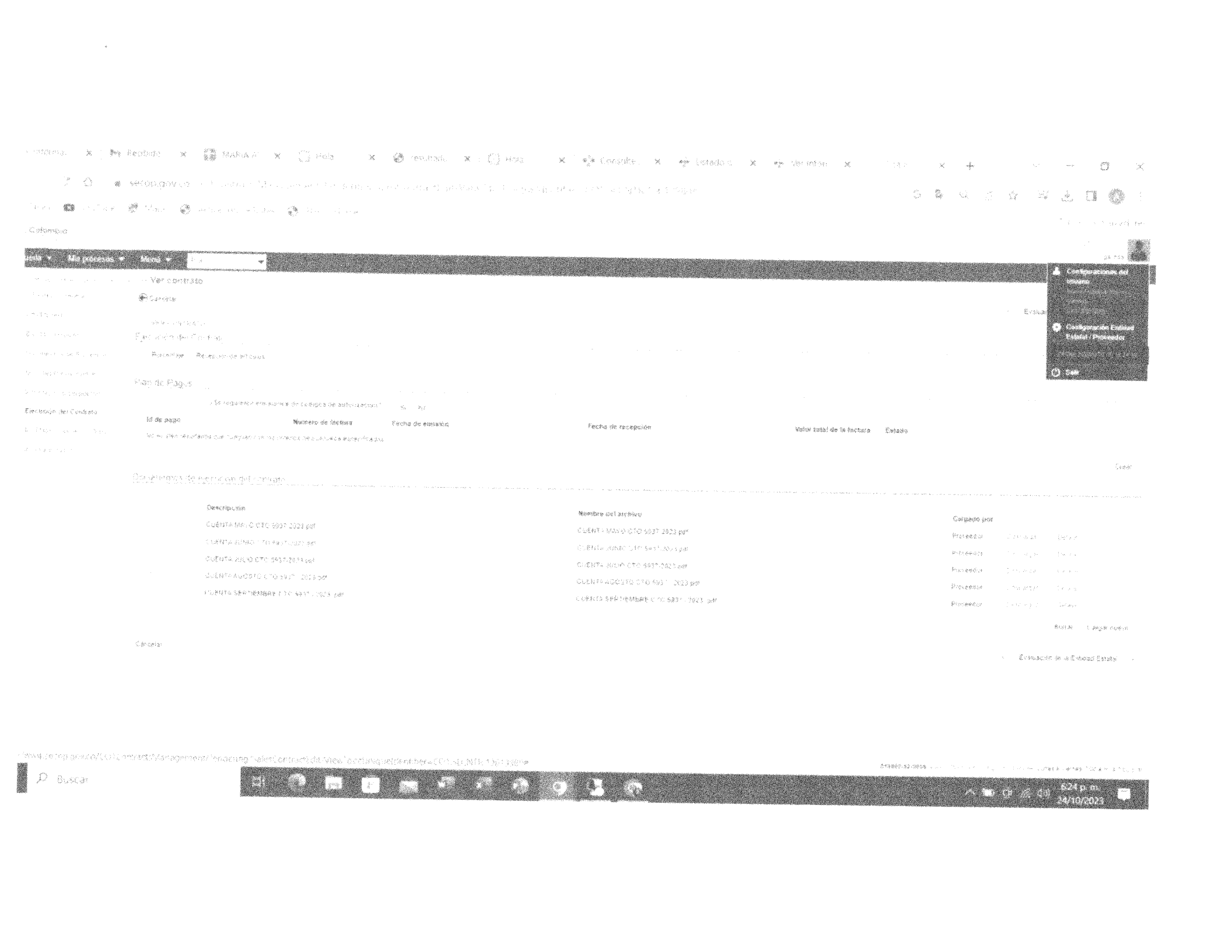


¡Hola, Jose daniel cruz

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 228504640
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9457762049
Valor de la Transacción: $ 600.400
Fecha de Transacción: 19/10/2023


ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial



Identificación horarios de atención en los territorios EAC

Se ha registrado tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. Notificar uso inadecuado - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios