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:**	2023-11-01	**Hasta:**	2023-11-30	
Nombre del Contratista:	DIANA CAROLINA MEZA SANCHEZ		**Número de Documento:**	1020728746	
Correo Electrónico:	Dicsme5p1@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3012091281	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5906-2023	**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	$7503421	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 7503421**	**SIETE MILLONES QUINIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTIUNPESOS**		

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	$ 24998544	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 9355165	2836
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 14601773	3495
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	MAYO	$ 3703488
2	JUNIO	$ 7098352
3	JULIO	$ 7889201
4	AGOSTO	$ 7869912
5	SEPTIEMBRE	$ 7792756
6	OCTUBRE	$ 7098352

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7098352	**$ 56053834**	**$ 41452061**	**$ 14601773**

	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 todo s los miembros del hogar atendido, incluida la 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.	-Se realizo la correcion oportuna según requisitos de calidad	-Se entregaron los documentos corregidos , según el caso, según correcciones realizadas por el instrumento de validacion
3	3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	-Se realizo la entrega al geografo de mapas y rutas finalizadas	-Se entrego en fisico 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 entrego 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 entrego 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 realizo el abordaje de riesgos de salud para la familia según los formularios oficiales	-Se entrego la historia clínica digital con las acciones de abordaje en riesgos sociales y de salud identificados en la intervencion
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

© Siasur - 2023

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 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
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 entrego la información en historia clinica 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 entrego el soporte de remisión por SIRC de cada usuario que asi lo requirio
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 valoracion
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 publica según el caso pertinente	-Se entrego anexo a historia clínica, según el caso, la ficha de notificación de evento en salud publica
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 examenes
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 realizo 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 entrego el plan de actividades para que los integrantes de la familia accedieran a las actividades de la ruta de promocion 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 clinicas

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	$ 7098352
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	71674938		
2023	OCTUBRE	2023	11	17			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2839341	$ 454295	$ 506600
Salud		SÁNITAS		$ 354918	$ 395700
ARL	3	SURA		$ 69166	$ 77200
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 824034**	$ 979500

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	57164913939

Carolina Meza

DIANA CAROLINA MEZA SANCHEZ
1020728746

Cicira Martinez

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	1020728746	DIANA CAROLINA MEZA SANCHEZ	calle 127 D # 21-80 apto 401	6145851	dicame5p1@hotmail.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	
2023-10	2023-10	I	17/11/2023	71674938	$979.500	

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	394.500	0		0		0	3	1.200	0	395.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	505.000	0	0	0	0	3	1.600	0	506.600	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	76.900				76.900	3	300	77.200			769	77.200	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	394.500	395.700
Pensión	1	505.000	506.600
Riesgos Laborales	1	76.900	77.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	976.400	979.500

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	1020728746	DIANA CAROLINA MEZA SANCHEZ	calle 127 D # 21-80 apto 401	6145851	dicarne5p1@hotmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-10	2023-10	I	17/11/2023	71674938	$979.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suspen	Estrasplano	Colom. exterior	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	1020728746	MEZA SANCHEZ DIANA CAROLINA	59	0			N																	230301	3.155.700	505.000	0	0	0	0	EPS005	3.155.700	394.500	14-11	3.155.700	3	76.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

S

soportepse@todo1.com 1:43 p.m.

Para Tu usuario ...

Image

Notificación

de pago en línea

Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.

Pago realizado por: DIANA CAROLINA MEZA SANCHEZ

Tienda virtual o recaudador: COMPENSAR-OI

Nro. de recibo: 71674938

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 191.95.58.192

Concepto: CC

Razón Social: 1020728746

Fecha y hora de la transacción: Viernes 17 de Noviembre de 2023 01:42:31 PM

Nro. de comprobante: 0000054863

Valor pagado: $ 979,500.00

Producto: *******3939

Bancolombia S.A.

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

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	Val

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo
☐	CUENTA ABRIL CTO 6969-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 6969-2022.pdf
☐	CUENTA MAYO CTO 5906-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5906-2023.pdf
☐	CUENTA JUNIO CTO 5906-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5906-2023.pdf
☐	CUENTA JULIO CTO 5906-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5906-2023.pdf
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5906-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5906-2023.pdf
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5906-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5906-2023.pdf
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5906-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5906-2023.pdf

Cancelar

Datos guardados

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Departamento Nacional de Planeación - DNP

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

LA DIRECCIÓN DE GOBIERNO, DERECHOS HUMANOS Y PAZ
CERTIFICA A:

Diana Carolina Meza

C.C.: 1020728746

Por haber completado exitosamente el curso:

LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y COLABORADORES PÚBLICOS DE COLOMBIA

27 de noviembre de 2023

Intensidad de 35 horas
en modalidad virtual

VEEDURÍA DISTRITAL

Somos los ojos de la ciudadanía

CULTURA DE LA INTEGRIDAD

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

El formulario se creó en Bogotá es TIC.
Denunciar abuso

Google Formularios