

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-11-01	Hasta:	2023-11-30	
Nombre del Contratista:	ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ		Número de Documento:	1018481200	
Correo Electrónico:	angelao9502@gmail.com		Número Telefónico:	3124276542	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR 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	\$5863856	81.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5863856	CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS 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
3	2023-11-01	2023-11-30	3	\$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	\$ 12769318	3495
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
1	MAYO	\$ 2623304	
2	JUNIO	\$ 5844567	
3	JULIO	\$ 7561288	
4	AGOSTO	\$ 7271953	
5	SEPTIEMBRE	\$ 6403948	
6	OCTUBRE	\$ 6403948	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 7098352		\$ 50305712	\$ 36109008
		\$ 14196704	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO 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 encuentran 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	
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 realizó la entrega al geógrafo de mapas y rutas finalizadas	-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 de 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	

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 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 entrego el soporte de remisión por SIRC de cada usuario que así 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 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 entrego 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 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 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	-historias clínicas

ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ

1018481200

ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ

1018481200

ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ

1018481200

ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ

1018481200

ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ

1018481200

ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ

1018481200

ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ

1018481200

ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ

1018481200

ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ

1018481200

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														
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA																
2023	OCTUBRE	2023	11	17	71793021															
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	Total	\$ 409853		\$ 495000												
		COMPENSAR				\$ 320197		\$ 386700												
		POSITIVA				\$ 62400		\$ 75500												
		NO				\$ 743421		\$ 957200												
Caja de Compensación																				
INFORMACIÓN DE PAGO																				
Entidad Bancaria		BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta		AHORROS		Número de Cuenta												
								0550488417985485												

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
 www.subredsur.gov.co
 Teléfono 7300000 Ext 26017
 © Sisur - 2023

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1018481200	ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ	Carrera 81 bis # 22 c 58	8142037	angeliao8502@gmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPL EADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	I	17/11/2023	71793021	\$957.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	381.000	0	0	0	0	0	15
								Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
								5.700	0
								Total a Pagar	No. Afiliados
								386.700	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP Solidaridad	Aporte FSP Subsistencia	Días Mora	
231001	Colifidos	800227840-6	487.700	0	0	0	0	15	
								Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP
								7.300	0
								Total a Pagar	No. Afiliados
								495.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	
				No. Autorización	Valor	Sistemas			
14-23	Positiva Seguros	880011153-6	74.300	0	0		74.300	15	
								Valor Mora Cotización	Valor Saldo a Favor
								1.200	
								Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor
								75.500	
								Fondo Solidaridad	Total a Pagar
								743	75.500
									No. Afiliados
									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
0	0	0	0
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
0	0	0	0
MEN			
0	0	0	0
TOTALES			
943.000	3	943.000	957.200

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	381.000	386.700
Pensión	1	487.700	495.000
Riesgos Laborales	1	74.300	75.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	943.000	957.200

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	101941200	ANGELA MARIA ORJUELA GUTIERREZ	Carrera 81 Bis # 22 c 58	8142037	angelag0502@gmail.com
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D. C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCABLES Y SALUD
					SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS ÚNICA
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-10	2023-10	1	17/11/2023	71793021	\$957.200

DETALLE POR COTIZANTE																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN MOVIEDADES										PENSION									
Tipo Identificación	Apellidos y Nombres	Categoría	Aporte	Exterior	Cotización	Exterior	Cotización	Exterior	Cotización	Código AFP	Código IBC AFP	Cotización o Atributo	Voluntario Aportante	Fondo Previsional de Subsidio	Estado Previsional de Subsidio	Código EPS	Código IBC EPS	Cotización Voto ÚJC	Código ARL	Código IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización CCF	Código IBC CCF	Código IBC CCF	Código IBC CCF	Código IBC CCF	Código IBC CCF	Código IBC CCF	Código IBC CCF
CC	101941200	ORJUELA GUTIERREZ ANGELA MARIA	59	0						231301	3.046.000	487.700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

7 **Ejecución del Contrato**

Plan de Pagos

8 Modificaciones del Contrato

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

9 Incumplimientos

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 8075-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 8075-2022.pdf
☐	CUENTA MAYO CTO 5889-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5889-2023.pdf
☐	CUENTA JUNIO CTO 5889-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5889-2023.pdf
☐	CUENTA JULIO CTO 5889-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5889-2023.pdf
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5889-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5889-2023.pdf
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5889-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5889-2023.pdf
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5889-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5889-2023.pdf

Datos guardados

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

LA DIRECCIÓN DE GOBIERNO, DERECHOS HUMANOS Y PAZ

CERTIFICA A:

angela maria orjuela

C.C.: 1018481200

por haber completado exitosamente el curso:

**LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y
COLABORADORES PÚBLICOS DE COLOMBIA**

28 de noviembre de 2023

Intensidad de 35 horas
en modalidad virtual



¡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

CUS: 282480436

Empresa: COMPENSAR-OT

Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social

Valor de la Transacción: \$ 857.200

Fecha de Transacción: 16/11/2023

Ten en cuenta estos tips de seguridad

Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no
estés 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.



in

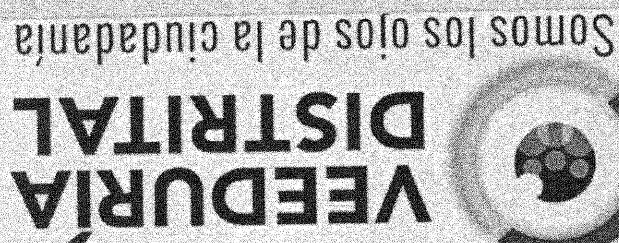
ACB Colombia Oficial

X

@ACBColombia

f

ACB Colombia Oficial



CULTURA DE LA INTEGRIDAD

Se registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

El formulario se creó en Bogotá es TIC.
[Denunciar abuso](#)

Google Formularios