| 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:** | JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO | | **Número de Documento:** | 1010205505 | |
| **Correo Electrónico:** | jcumbalaza505@uan.edu.co | | **Número Telefónico:** | 3206190067 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5905-2023 | **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 | $7677022 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 7677022** | **SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL VEINTIDOSPESOS** | | |

## 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 | $ 24612764 | 1788 |
| 2 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 2 | $ 8101389 | 2836 |
| 3 | 2023-10-01 | 2023-11-30 | 3 | $ 482225 | 3150 |
| 4 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 4 | $ 14775374 | 3495 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 2623304 |
| 2 | JUNIO | $ 7098352 |
| 3 | JULIO | $ 7696320 |
| 4 | AGOSTO | $ 7638444 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 7657733 |
| 6 | OCTUBRE | $ 7580577 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 7098352 | $ 55070104 | $ 40294730 | $ 14775374 |

| | 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 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 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 |

| 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 | $ 7580577 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 72689274 | | |
| 2023 | OCTUBRE | 2023 | 11 | 24 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | SIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETEPESOS | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 3032231 | $ 485157 | $ 495800 |
| Salud | | NUEVA EPS | | $ 379029 | $ 387400 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 73865 | $ 75600 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 880014** | $ 958800 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 45124549276 |
|---|---|---|---|---|---|

**JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO**
**1010205505**

**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 | 1010205505 | JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO | calle 2a #5a-32 | 7332828 | jcumbalaza505@uan.edu.co | |
| 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 | 24/11/2023 | 72689274 | $958.800 | |

## 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 | | | | | |
| ESSC18 | EPS-S Emssanar | 901021565-8 | 379.100 | 0 | | 0 | | 0 | 22 | 8.300 | 0 | 387.400 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 485.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | 10.600 | 0 | 495.800 | 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 | 73.900 | | | | 73.900 | 22 | 1.700 | 75.600 | | | 739 | 75.600 | 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 | 379.100 | 387.400 |
| Pensión | 1 | 485.200 | 495.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 73.900 | 75.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 938.200 | 958.800 |

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 | 1010205505 | JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO | | calle 2a #5a-32 | 7332828 | jcumbalaza505@uan.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | SI |

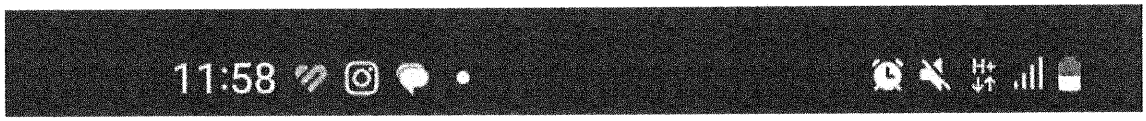
| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-10 | 2023-10 | I | 24/11/2023 | 72689274 | $958.800 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Suspe. | Extranjero | 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 | 1010205505 | CUMBALAZA CRIOLLO JESSICA DEL ROSARIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | | 25-14 | 3.032.240 | 485.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | ESSC18 | 3.032.240 | 379.100 | 14-11 | 3.032.240 | 3 | 73.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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




Nequi

# Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado
Aprobado

Tienda
COMPENSAR-OI

Referencia de pago
295905301

¿Cuánto?
$958,800

Número de referencia 1
186.102.41.44

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1010205505

Tu plata salió de:

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 3830-2023.pdf | CUENTA ABRIL CTO 3830-2023.pdf |
| ☐ | CUENTA MAYO CTO 5905-2023.pdf | CUENTA MAYO CTO 5905-2023.pdf |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO 5905-2023.pdf | CUENTA JUNIO CTO 5905-2023.pdf |
| ☐ | CUENTA JULIO CTO 5905-2023.pdf | CUENTA JULIO CTO 5905-2023.pdf |
| ☐ | CUENTA AGOSTO CTO 5905-2023.pdf | CUENTA AGOSTO CTO 5905-2023.pdf |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5905-2023.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5905-2023.pdf |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE CTO 5905-2023.pdf | CUENTA OCTUBRE CTO 5905-2023.pdf |

Datos guardados