| 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:** | MARIA ALEJANDRA BASTIDAS CARTAGENA | | **Número de Documento:** | 1020806467 | |
| **Correo Electrónico:** | M_ALEJITA_07@HOTMAIL.COM | | **Número Telefónico:** | 3124582018 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5866-2023 | **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 | $7098352 | 87.6% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 7098352** | **SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS** | | |

## 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 | $ 25114278 | 1788 |
| 2 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 2 | $ 10211597 | 2836 |
| 3 | 2023-10-01 | 2023-11-30 | 3 | $ 1014601 | 3150 |
| 4 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 4 | $ 12422116 | 3495 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 3819222 |
| 2 | JUNIO | $ 7098352 |
| 3 | JULIO | $ 8776495 |
| 4 | AGOSTO | $ 8159247 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 7484132 |
| 6 | OCTUBRE | $ 6326792 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 7098352** | **$ 55860944** | **$ 41664240** | **$ 14196704** |

| | 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 realizó actividad hasta el momento con 136 visitas de diferentes eps para una meta de 160 familias para el 30 de NOVIEMBRE | -se deja registro en archivos digitales como listas de excel , plan de cuidado y dinámica |
| 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 realiza la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa. | -no aplica producto |
| 3 | 3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. | -no aplica actividad | -no aplica actividad |
| 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 realiza actividad con con las diferentes familias no suscritas a capital salud explicándoles de manera verbal y dejando reporte en dinámica | -se deja registro en archivos digitales como listas de excel , plan de cuidado y dinámica |
| 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 realiza actividad siguiendo las directrices con las familias hasta el momento vistas | -se diligencia consentimientos, plan de cuidado y dinamica con respectivos planes para cada integrante de la familia |
| 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 realiza actividad con las familias | -se deja soporte via digital por dinamica |
| 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 realiza según lo establecido en las guías operativas y lineamientos | -se deja registro en archivos digitales como plan de cuidado y dinámica |

| 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. | -no aplica actividad | -no aplica producto |
| 9 | 9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. | -se realiza actividad con las familias vistas | -se deja registro en archivos digitales plan de cuidado y dinámica |
| 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 alli se gestione la atención correspondiente. | -se deja registrado en SIRC hasta el momento los paciente de otras eapb ,informando según el caso lo faltante en el paciente para adecuado seguimiento oen salud | -registró en sirc |
| 11 | 11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. | -se realiza actividad teniendo en cuenta con habilitación para los códigos de historias clínicas , el momento de visita de usuario y entrega pertinente si requiere de servicios adicionales prestados por l entidad de manera electrónica vía whatsapp o correo electrónico para adecuado seguimiento de salud del paciente | --se deja registro en dinamica , plan de cuidado y aplicativo |
| 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. | -hasta el momento sin identificación de eventos en salud pública para notificar | -no se a realizdo fichas de notificacion hasta el momento |
| 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 realiza actividad con cada usuario visitado en domicilio | -se deja registro en dinamica |
| 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 realiza actividad según curso de vida y adicional teniendo en cuenta la población en los territorios priorizados | -se deja registro en plan de cuidado y excel y aplicativo |
| 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 cumple al momento de realizar las actividades con los usuarios 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 deja registro en documentos en dimanica, aplicativo y drive |

## 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 | $ 6326792 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 72414721 | | |
| 2023 | OCTUBRE | 2023 | 11 | 14 | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | SEIS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOSPESOS |
|---|---|

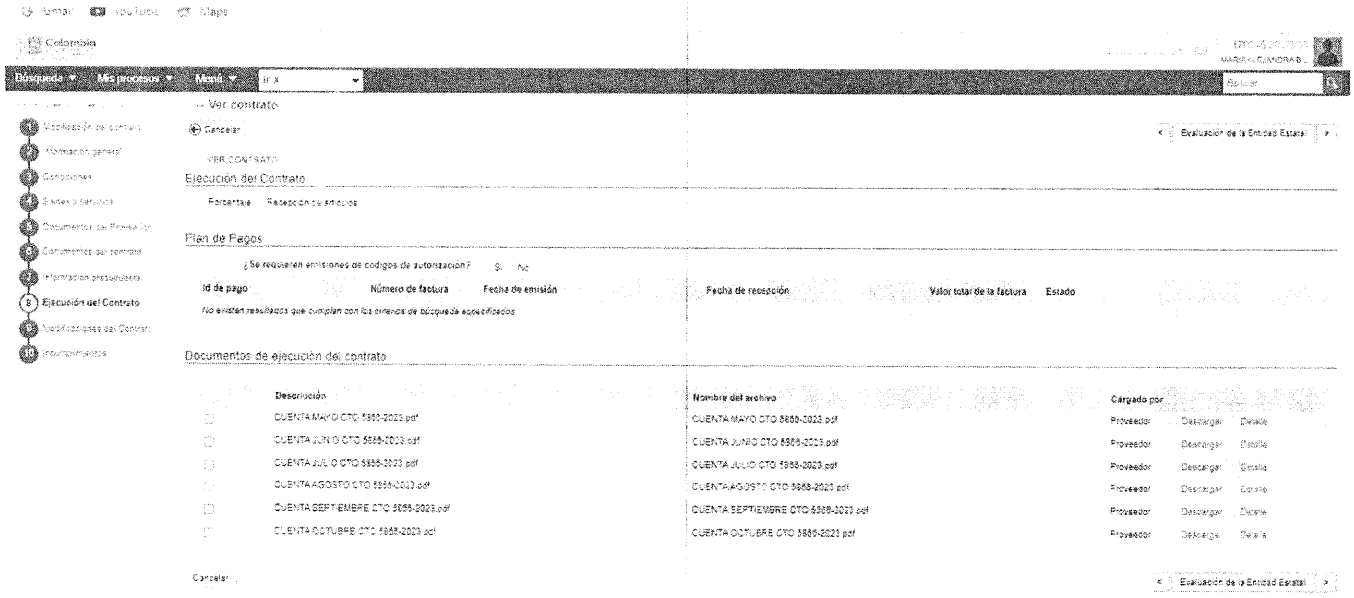
| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 2530717 | $ 404915 | $ 405000 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 316340 | $ 316400 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 61648 | $ 61700 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 734465** | $ 783100 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550488415773263 |
|---|---|---|---|---|---|

**MARIA ALEJANDRA BASTIDAS CARTAGENA**
**1020806467**

**LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL**




COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Departamento Nacional de Planeación DNP

# CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

LA DIRECCIÓN DE [illegible] OTORGA EL PRESENTE

CERTIFICA A

**maria Bastidas**

C.C.: 1020806467

Por haber completado exitosamente el curso:

LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y COLABORADORES PÚBLICOS DE COLOMBIA

26 de noviembre de 2023

Intensidad de 35 horas

# Confirmación Transacción PSE - CUS 272096271




¡Hola, maria alejandra bastidas cartagena

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

Estado de la Transaccion: Aprobada
CUS: 272096271
Empresa: COMPENSAR OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transaccion: $ 783.100
Fecha de Transaccion: 01-11-2023

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.

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 | 1020806467 | MARIA ALEJANDRA BASTIDAS CARTAGENA | cll59A#8B-24 | 3124582018 | m_alejita_07@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 | 14/11/2023 | 72414721 | $783.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 316.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 316.400 | 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 | 405.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 405.000 | 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 | 61.700 | | | | 61.700 | 0 | 0 | 61.700 | | | 617 | 61.700 | 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 | 316.400 | 316.400 |
| Pensión | 1 | 405.000 | 405.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 61.700 | 61.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 783.100 | 783.100 |

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 | 1020806467 | MARIA ALEJANDRA BASTIDAS CARTAGENA | cll159A#8B-24 | 3124582018 | m_alejita_07@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTA, 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 | 14/11/2023 | 72414721 | $783.100 |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | 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 | 1020806467 | BASTIDAS CARTAGENA MARIA ALEJANDRA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.530.717 | 405.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.530.717 | 316.400 | 14-11 | 2.530.717 | 3 | 61.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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