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:	ELIZABETH FORERO BARRERA		**Número de Documento:**	51712272	
Correo Electrónico:	belizabethf@gmail.com		**Número Telefónico:**	3212926389	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5896-2023	**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	$5748122	80.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5748122**	**CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTOVEINTIDOSPESOS**		

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	$ 25500058	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 4162566	2836
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 12753887	3495
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	MAYO	$ 3819222
2	JUNIO	$ 5400920
3	JULIO	$ 6365370
4	AGOSTO	$ 6905462
5	SEPTIEMBRE	$ 6384659
6	OCTUBRE	$ 6403948

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7098352	$ 49514863	$ 35279581	$ 14235282

	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 todos los miembros del hogar atendido, incluida la 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.	----Se realizó la corrección adecuada según requisitos de calidad -Se entregaron los documentos corregidos, según el caso, según correcciones realizadas por el instrumento de validación -	-- ---Se entregaron los documentos corregidos, según el caso, según correcciones realizadas por el instrumento de validación.
3	3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	---Se realiza la entrega al geógrafo 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 organizan 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 realiza 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 intervención. - --Se entrego la historia clínica digital con las de abordaje en 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

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	$ 6403948
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1059149871		
2023	OCTUBRE	2023	11	19			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 2561579	$ 409853	$ 409900
Salud		FAMISANAR		$ 320197	$ 320200
ARL	3	SURA		$ 62400	$ 62500
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 743421**	$ 792600

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	20755750916

Elizabeth Forero B

ELIZABETH FORERO BARRERA
51712272

Cicca Afhetó

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© 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 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 requirió
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 fórmulas, remisiones e interconsultas según la necesidad del paciente. - ---	--Se entregaron las historias clínicas digitales con anexos de solicitudes según el caso en particular, como fórmulas, 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 realiza la verificación para que todos los integrantes de la familia accedan 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 accedan 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 contractuales- -	----historias clínicas

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-11-19, 01:29:38 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	ELIZABETH FORERO BARRERA
CEDULA CIUDADANIA	CC 51712272
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1059149871
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	286577095
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 792.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 409.900	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 320.200	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 62.500	$ 0
			SubTotales:	$ 792.600	$ 0
			Total a Pagar:		$ 792.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-19, 01:37:30 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1059149871

Periodo Cotización: octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023

PAGADO 19/11/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ELIZABETH FORERO BARRERA		
Documento	CC51712272	**Dirección**	CL 73A 78 52
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8144682
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51712272	ELIZABETH FORERO BARRERA	51	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.561.580	$ 409.900	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.561.580	$ 320.200	2,430	$ 2.561.580	$ 62.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 792.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.561.580	$ 2.561.580	$ 2.561.580	$ 0	$ 409.900	$ 320.200	$ 62.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 792.600	$ 0	$ 792.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Departamento Nacional de Planeación - DNP

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

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

Elizabeth Forero

C.C.: 51712272

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

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 **Ejecución del Contrato**
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA MAYO CTO 5896-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5896-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5896-2023 eli.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5896-2023 eli.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5896-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5896-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5896-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5896-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5896-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5896-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5896-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5896-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >