

	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 Contratista:	del	LAURA LORENA GOMEZ MARTINEZ		Número de Documento:	1032449203
Correo Electrónico:	laura-gomez@juanncorpas.edu.co			Número Telefónico:	3194268277
Nombre Supervisor:	del	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5894-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1393
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Perteneces:	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	\$5690255	79.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5690255	CINCO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS		

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	\$ 1099473	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	\$ 19289	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	\$ 12325671	3495
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

1	MAYO	\$ 3819222
2	JUNIO	\$ 6288214
3	JULIO	\$ 5555232
4	AGOSTO	\$ 3433442
5	SEPTIEMBRE	\$ 7117641
6	OCTUBRE	\$ 5246608

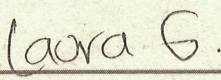
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 7098352	\$ 45657063	\$ 31460359	\$ 14196704

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 encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	-Se apoyó y atendió en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encontraran en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	-Historias clínicas digitales, plan de cuidado familiar
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 diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa	-Historia clínica digital, plan de cuidado familiar
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 los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	-Historia clínica digital, plan de cuidado familiar
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 hicieron 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	-Historias clínicas digitales y plan de cuidado familiar
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 de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado y órdenes médicas.	-Informes, actas o documentos establecidos
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 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)	-Historias clínicas digitales, Plan de cuidado familiar

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la secretaria distrital de salud y demás lineamientos que expida esta o la subred	-Informes, actas y documentos establecidos
8	8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	-Se realizaron las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural	-Historias clínicas digitales. Plan de cuidado familiar.
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 identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-Historias clínicas digitales, Planes de cuidado familiar
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.	-Historias clínicas digitales, Planes de cuidado familiar.	-Formularios en plataforma SIRC
11	11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Se registro oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad	-Historias clínicas, plan de cuidado familiar
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 identificaron eventos de interes en salud publica visibles en consulta (desnutricion, conducta suicida, violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia secual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc) el medico 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/buscadoreventos/paginas/fichas-yprotocolos.asp) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente	-Ficha de notificación
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 registro la consulta diagnostica 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, personas en condición de discapacidad o dependencia y los cuidadores familiares residentes en el hogar.	-Historias Clínicas Digitales
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 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 a los esquemas de atención individuales por momento de curso de vida	-Formularios de canalización a rutas de promoción y mantenimiento

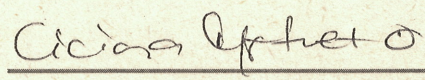
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
<p>15</p> <p>15. Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por 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.</p>	<p>-Se dio cumplimiento a 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, entre otros, a las poblaciones en los territorios priorizados</p>	<p>-Formularios de canalización a rutas de promoción y mantenimiento</p>

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	\$ 5246608		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2023	OCTUBRE	2023	11	23	72631738				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS OCHOPESES				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 2098643	\$ 335783	\$ 335900
Salud						FAMISANAR		\$ 262330	\$ 262400
ARL					3	SURA		\$ 51123	\$ 51200
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 609068	\$ 649500
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número Cuenta	de	0570451570141015	



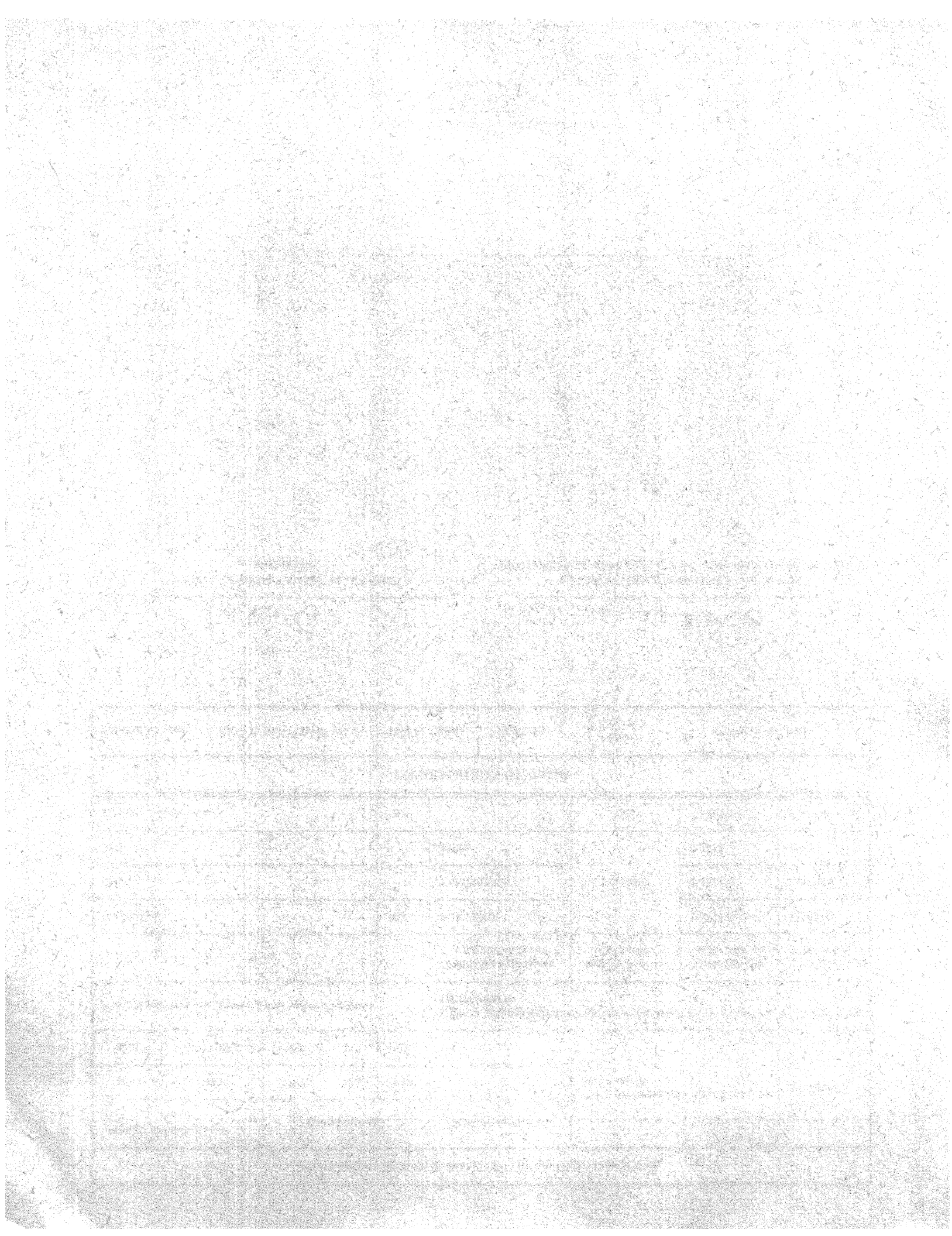
LAURA LORENA GOMEZ MARTINEZ

1032449203



LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS

PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Eventos y anexos
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Parcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados				

Clear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ CUENTA MAYO CTO 5894-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5894-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA JUNIO CTO 5894-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5894-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA JULIO CTO 5894-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5894-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA AGOSTO CTO 5894-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5894-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5894-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5894-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA OCTUBRE CTO 5894-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5894-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PLANILLA EST. SALUD
CC	103244203	LAIPIA LORENA GOMEZ MARTINEZ	TV 94F # 84 - 73	3194288277	lgomez@uniorpus.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUBADO / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/ASD)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/ASD)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	3	23/11/2023	72531738	\$563,100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS017	Francisco EPS	830003564-7	262,400	0	0	0	0	0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
230301	Pension	340223803-5	325,300	0	0	0	0	21	1

TOTALES RIESGOS/LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor				
14-11	ARL SUPRA	890503780-5	51,200			51,200	21	1,100	1

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

TOTALES PARA FISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, IMA, RPY y Mora	Total a Pagar
Salud	1	262,400	267,900
Pension	1	325,300	342,800
Riesgos Laborales	1	51,200	52,300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	649,500	663,100

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032449203	LAURA LORENA GOMEZ MARTINEZ	TV 94F # 84 - 73	3194268277	laura-gomez@barricoripas.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					1
					UPC
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	1	23/11/2023	72631738	\$663.100

DETALLE POR COTIZANTE																																											
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Córea	Extranjero	Colombiano	Extranjero	INO	RET	TDE	TAE	TAP	VST	ELN	LMA	VAC	AFI	KCI	RL	CONEXION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clas. de Riesgo	Cotización CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1032449203	GOMEZ MARTINEZ LAURA LORENA					N												230301	2.095.000	335.900	0	0	0	0	0	EP9077	2.095.000	252.400	14-11	2.095.000	3	51.200	0	0	0	0	0	0	0	0	0



¡Hola, Laura Lorena Gomez Martinez!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE, los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobado
CIBS: 28134017
Envases: CO/PR/MSRP-01
Descripción: Múltiple de un Pago Puntual Social
Valor de la Transacción: 3.000.000
Fecha de Transacción: 22/11/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad:

- Digita siempre personalmente la dirección del portal de tu Banca para asegurar que no estás siendo redirigido a un sitio que suplantó a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

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

Laura Gomez Martinez

C.C.: 1032449203

Por haber completado exitosamente el curso:

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

26 de noviembre de 2023

Intensidad de 35 horas
en modalidad virtual

