

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-01-01	Hasta:	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	YEIMY JULIANA SALGUERO PINTO		Número de Documento:	1026598531	
Correo Electrónico:	yjulianas99@gmail.com		Número Telefónico:	3209377584	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5947-2023	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				

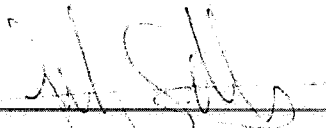
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	\$4788561	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4788561		CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y UN PESOS	

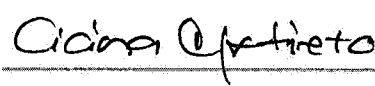
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2023-06-01	2023-09-30	1	\$ 16622073	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	\$ 5277446	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	\$ 288317	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	\$ 9439232	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	\$ 6794241	232

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1		MAYO	\$ 2782881
2		JUNIO	\$ 4613064
3		JULIO	\$ 4989129
4		AGOSTO	\$ 4638135
5		SEPTIEMBRE	\$ 4876310
6		OCTUBRE	\$ 4876310
7		NOVIEMBRE	\$ 4851239
8		DICIEMBRE	\$ 4613064
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 4613064		\$ 43034373	\$ 36240132
			\$ 6794241
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar la Atención de 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 Realiza la Atención de consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	-Historias clínicas y plataforma de ingresos mes a mes
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 diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	- Instrumento editado diariamente
3	3. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	-Se entrega al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	- Mapas con informacion recolectada
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 hacen recomendaciones de conductas a seguir, que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora.	- Historias clínicas y evidencia fotografica
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 realizan los soportes documentales de las acciones a el cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas.	- Consentimiento informado, planes de cuidado y ordenes medicas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 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).	-Historia clínica e instrumento de ingresos
7	7. Realizar las actividades de acuerdo con 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 realizan las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y	- Historias Clínicas e instrumento de ingresos
8	8. Realizar las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural.	- Realizar las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural	-Historias clínicas e instrumento de ingreso
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-Se hacen las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	- Historia clínica e instrumentos de ingresos
10	10. Verificar 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 realiza en 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.	- Diligenciamiento de información en plataforma sirc e instrumento de ingresos
11	11. 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 realiza 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.	- Historias clínicas, planes de cuidado, agendamiento de citas y ordenes medicas que se realizan

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	\$ 4613064		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2023	DICIEMBRE	2024	01	11					
					73327738				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1845226	\$ 295236	\$ 295900	
Salud					SURA		\$ 230653	\$ 231200	
ARL				3	SURA		\$ 44950	\$ 45100	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 535521	\$ 572200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24112626091		


YEIMY JULIANA SALGUERO PINTO
1026598531


LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026598531	YEIMY JULIANA SALGUERO PINTO	calle 48 a sur # 26 - 43	3209377584	yjulianas98@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	1	11/01/2024	73327738	\$572.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD						
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad
					No. Autorización	Valor
EPS010	EPS Sura	80008702-2	230.700	0	0	0
					No. Autorización	Valor
					2	500
						231.200
						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 UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Provenir	800224808-8	295.300	0	0	0	0	2	600	0	295.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.000	No. Autorización	Sistemas	45.000	2	100		450	45.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

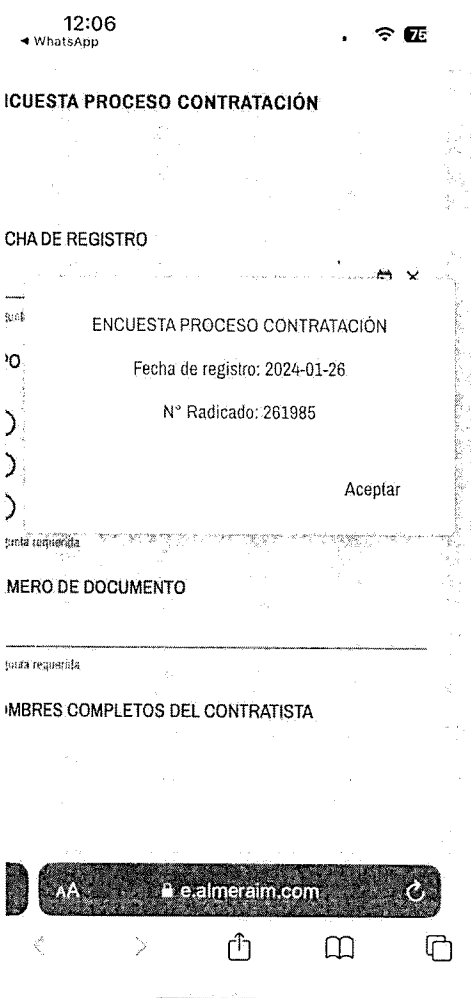
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	230.700	231.200	
Pensión	1	295.300	295.900	
Riesgos Laborales	1	45.000	45.100	
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	571.000	572.200	

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO
CC	1026598531	YEIMY JULIANA SALGUERO PINTO	calle 48 a sur # 26 - 43	3209377584
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.
				EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
				NO

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2023-12	2023-12	1	11/01/2024	73327738
TOTAL A PAGAR				\$572.200

DETALLE POR COTIZANTE			INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Contante	Subtipo	Extranjero	Columna Extranjero	INO	RET	TOR	TAE	TAP	VAT	VST	VSI	VAG	VCT	RE	CONSECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Colización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Colización/ Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Colización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
CC		1026598531	SALGUERO PINTO YEIMY JULIANA	59	D		N												230301	1.845.225	295.300	0	0	0	0	0	EPS010	1.845.225	230.700	14-11	1.845.225	3	45.000	0	0	0	0	0	0	0	0		

[illegible]

Pago de servicios electrónicos



Resultado de la transacción



Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA

10 enero 2024 8:55 pm

DIRECCIÓN IP: 181.50.242.223

NÚMERO DE TRANSACCIÓN

APII4010321102035261

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN

5261F90N

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-01
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$572.200,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	73327738
FECHA DE LA SOLICITUD	10 enero 2024
REFERENCIA 1	181.50.242.223
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1026598531
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	389405472
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Protección Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga ****6091