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:**	2024-01-01	**Hasta:**	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON		**Número de Documento:**	1023933370	
Correo Electrónico:	dsquinteror0326@gmail.com		**Número Telefónico:**	3194013847	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7744-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	3973
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	$6481104	91.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6481104**	**SEIS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTOCUATROPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-12-13		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-01-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-01-01	2024-02-15	1	$ 7869912	232

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	DICIEMBRE	$ 4783672
2	ENERO	$ 6481104

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7098352	**$ 14968264**	**$ 11264776**	**$ 3703488**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	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 corrección oportuna según requisitos de calidad	-Se entregaron los documentos corregidos , según el caso, según correcciones realizadas por el instrumento de validación
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 geógrafo de mapas y rutas finalizadas	-Se entrego en físico la documentación correspondiente a mapas y rutas finalizadas
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 organizaron los soportes documentales según directrices del sistema	-Se entrego en físico para archivo los soportes de acciones según el cargo
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	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	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
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	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	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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	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.	- 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	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	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. *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.	--e 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 promoción y mantenimiento de la salud

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2023	DICIEMBRE	2024	01	22	74111678	-		$ 4783672
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA 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	$ 1913469	$ 306155	**$ 448700**
Salud		SÁNITAS		$ 239184	**$ 350500**
ARL	3	POSITIVA		$ 46612	**$ 68400**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 555327**	**$ 867600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	20565795795

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DANIEL STIVEN QUINTERO	2024-01-27 18:31:16
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-01-29 12:32:18
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DANIEL STIVEN QUINTERO	2024-01-29 13:34:04
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-01-29 14:57:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-02-01 18:04:09
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-02-15 11:03:55

DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON
1023933370

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

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	1023933370	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON	Calle 17 sur # 10 -37	4730024	dsquinteror0326@gmail.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	
2023-12	2023-12	I	22/01/2024	74111678	$884.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	349.200	0		0		0	4	1.300	0	350.500	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	447.000	0	0	0	0	4	1.700	0	448.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	68.100				68.100	4	300	68.400			681	68.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	16.800	4	100	16.900	1

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	349.200	350.500
Pensión	1	447.000	448.700
Riesgos Laborales	1	68.100	68.400
CCF	1	16.800	16.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	881.100	884.500

PAGADA

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
CC	1023933370	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON		Calle 17 sur # 10 -37	4730024	dsquinteror0326@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2023-12	2023-12	I	22/01/2024	74111678	$884.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	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
1	CC	1023933370	QUINTERO RINCON DANIEL STIVEN	59	0			N																	25-14	2.793.147	447.000	0	0	0	0	EPS005	2.793.147	349.200	14-23	2.793.147	3	68.100	CCF24	2.793.147	16.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

< Evalua

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

Crear

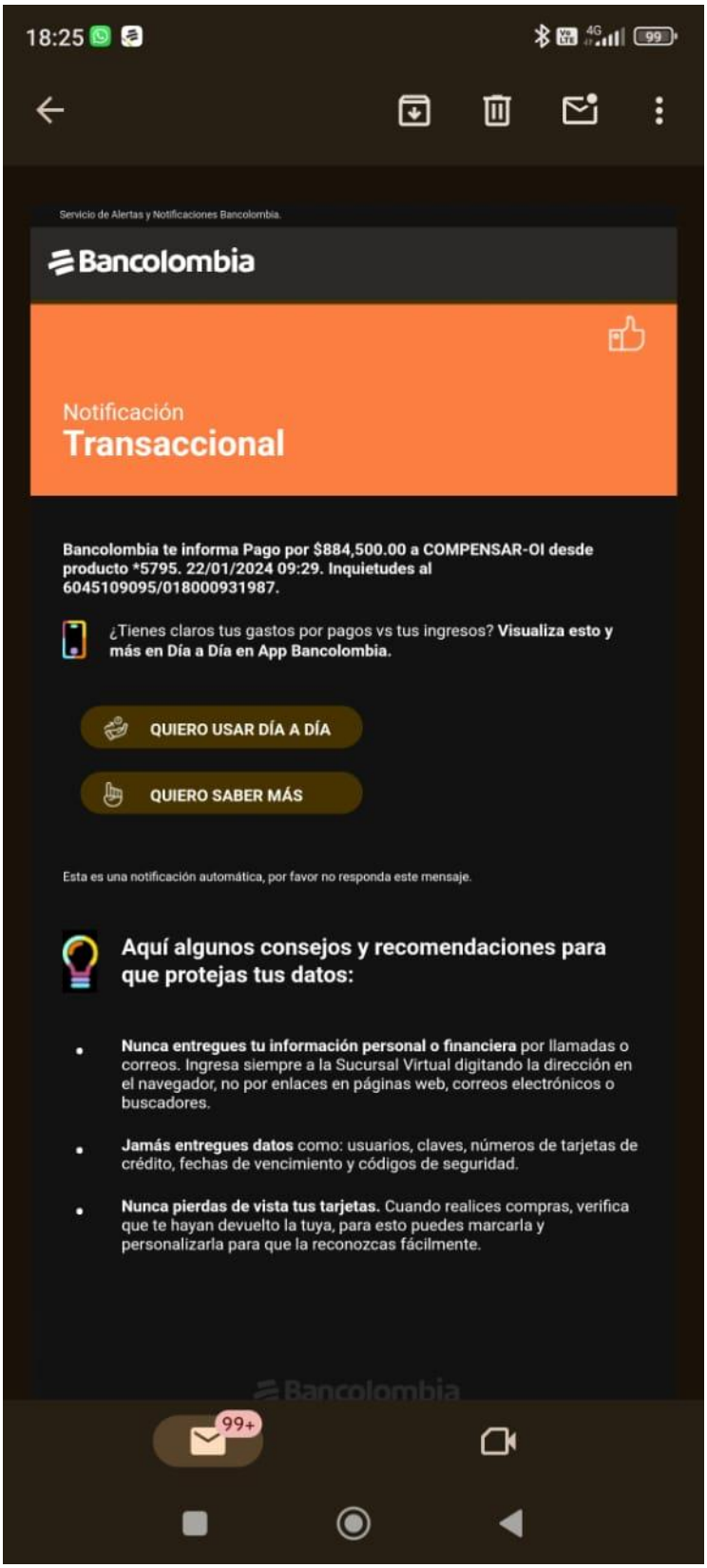
Documentos de ejecución del contrato

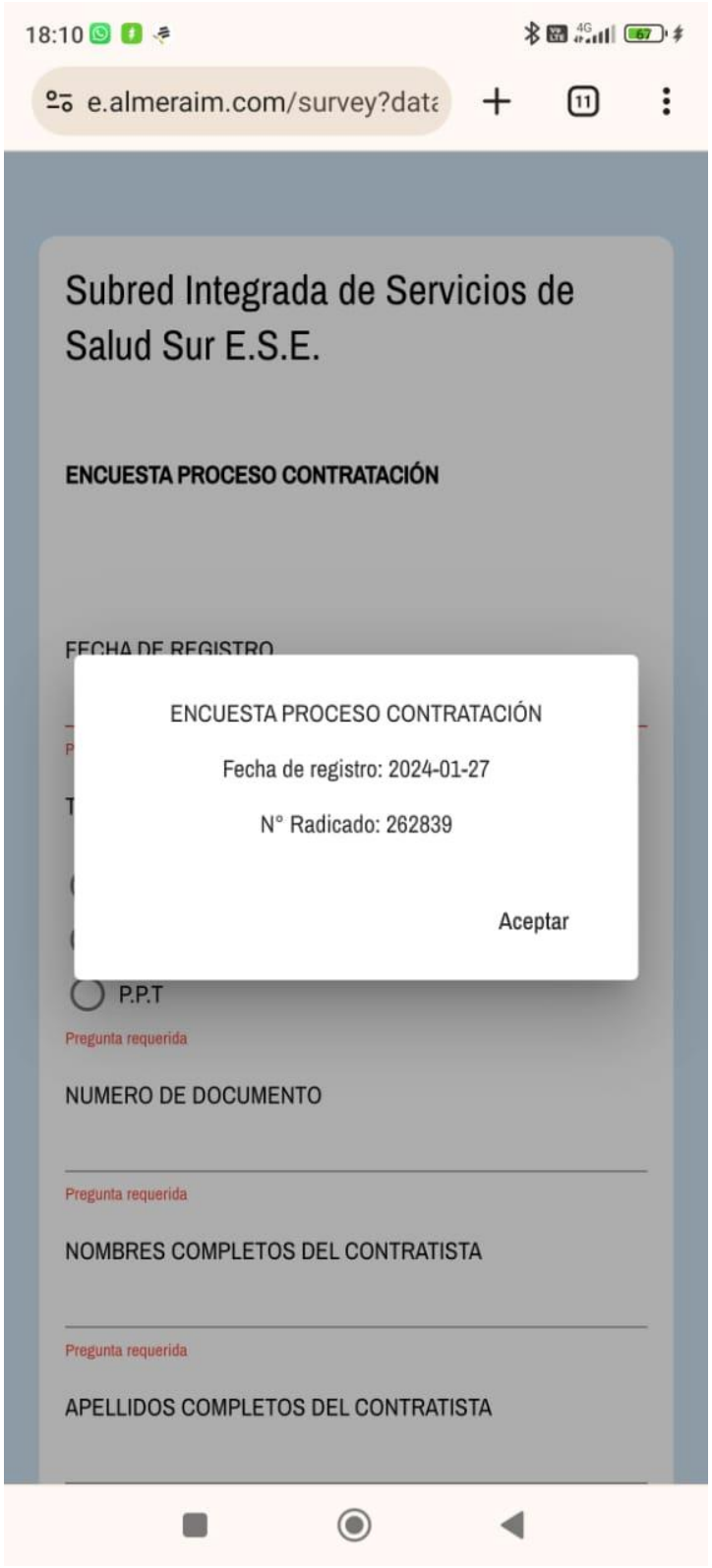
	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ARL 1023933370 CTO 7744-2023.pdf	ARL 1023933370 CTO 7744-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 7744-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 7744-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >


18:25
Servicio de Alertas y Notificaciones Bancolombia.
Bancolombia
Notificación
Transaccional
Bancolombia te informa Pago por $884,500.00 a COMPENSAR-OI desde producto *5795. 22/01/2024 09:29. Inquietudes al 6045109095/018000931987.
¿Tienes claros tus gastos por pagos vs tus ingresos? Visualiza esto y más en Día a Día en App Bancolombia.
QUIERO USAR DÍA A DÍA
QUIERO SABER MÁS
Esta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje.
Aquí algunos consejos y recomendaciones para que protejas tus datos:
Nunca entregues tu información personal o financiera por llamadas o correos. Ingresa siempre a la Sucursal Virtual digitando la dirección en el navegador, no por enlaces en páginas web, correos electrónicos o buscadores.
Jamás entregues datos como: usuarios, claves, números de tarjetas de crédito, fechas de vencimiento y códigos de seguridad.
Nunca pierdas de vista tus tarjetas. Cuando realices compras, verifica que te hayan devuelto la tuya, para esto puedes marcarla y personalizarla para que la reconozcas fácilmente.
Bancolombia
99+


18:10
e.almeraim.com/survey?data
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN
FECHA DE REGISTRO
ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN
Fecha de registro: 2024-01-27
N° Radicado: 262839
Aceptar
P.P.T
Pregunta requerida
NUMERO DE DOCUMENTO
Pregunta requerida
NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA
Pregunta requerida
APELLIDOS COMPLETOS DEL CONTRATISTA