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:**	2024-02-01	**Hasta:**	2024-02-29	
Nombre del Contratista:	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ		**Número de Documento:**	1023958425	
Correo Electrónico:	angie12vanessa@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3132085769	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6323-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO				
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
K33PI0022	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$4876310	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4876310**	**CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS DIEZPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-06-09		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-07-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-09-30	1	$ 13839192	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 1805112	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	$ 125355	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 9251199	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 6618744	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 7483694	609

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	JUNIO	$ 1729899
2	JULIO	$ 4613064
3	AGOSTO	$ 4688277
4	SEPTIEMBRE	$ 4613064
5	OCTUBRE	$ 4738419
6	NOVIEMBRE	$ 4638135
7	DICIEMBRE	$ 4613064
8	ENERO	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 43736360**	**$ 34246986**	**$ 9489374**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1 Realizar la atencion de consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su regimen de afiliacion.	-Consultas realizadas de acuerdo a resolucion 3280 y teniendo en cuenta guia operativa	-Historias clinicas en Dinámica gerencial
2	2 Realizar diariamente la correccion de los requisitos de calidad por el instrumento de validacion establecido para los equipos de atencion en casa.	-Correcciones realizadas según sugerencias recibidas en cuanto a calidad del dato	-Historias clinicas en Dinámica gerencial diligenciadas con calidad del dato
3	3 Entregar al geografo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	-Mapa realizado en compañía de dinamizador	-Mapa de ruta realizada y registro de"Ingresos enfermero plan de cuidado"
4	4 Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realizacion de la consulta medica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendacion medica que queda registrada en su Historia Clinica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora.	-Educación durante la atencion de consulta en el hogar, canalizaciones realizadas según necesidades encontradas	-Registro de recomendaciones en historias clinicas en dinámica gerencial, canalizaciones realizadas en SIRC
5	5 Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestion documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, ordenes medicas.	-Entrega de soportes documentales organizados: consentimientos informados y desistimientos	-Archivo que contiene consentimientos informados y desistimientos

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 recoleccion de informacion y los identificados en la consulta diagnostica (Historia Clinica Digital).	-Se realizan consultas de acuerdo a resolucion 3280 y teniendo en cuenta guia operativa, se abordan los riesgos sociales y de salud de cada familia lo cual queda consignado en las historias clinicas en Dinamica gerencial	--Historias clinicas en Dinámica gerencial
7	7 Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guia operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demas lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	-Se realizan actividades según lo estipulado en los lineamientos y teniendo en cuenta la linea técnica recibida (casa a casa, ruteo y seguimiento)	-Historias clinicas en Dinámica gerencial, formatos en drive, consentimientos informados y desistimientos
8	8 Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operacion definido para el sector rural.	-No aplica ya que las consultas en hogar no se han realizado en el area rural	-No aplica ya que las consultas en hogar no se han realizado en el area rural
9	9 Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificacion de riesgos en salud y la verificacion de las condiciones de aseguramiento.	--Se aplican e interpretan instrumentos durante la consulta según curso de vida	-Instrumentos de identificación del riesgo consignados en dinámica gerencial
10	10 verificar la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atencion que se identifiquen en poblacion afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde alli se gestione la atencion correspondiente. *dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado , de aucerdo a la matriz de programatica por la secretaria de salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad , el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, publicación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados	-Educación durante la atencion de consulta en el hogar, canalizaciones realizadas según necesidades encontradas	-Registro de recomendaciones en historias clinicas en dinámica gerencial, canalizaciones realizadas en SIRC

© Siasur - 2024

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	$ 4613064
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	74706012	-		
2024	**ENERO**	**2024**	**02**	**12**				
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	PROTECCIÓN	$ 1845226	$ 295236	**$ 295300**
Salud		SÁNITAS		$ 230653	**$ 230700**
ARL	3	SURA		$ 44950	**$ 45000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 535521**	**$ 571000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24098515567

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ	2024-02-22 17:36:17
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-02-27 17:24:25
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ	2024-02-27 17:38:53
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-02-27 22:01:44
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-02-28 15:13:03

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	1023958425	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ	calle 39 sur # 50 a 25	4560032	angie12vanessa@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	
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74706012	$573.800	

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	230.700	0		0		0	5	1.100	0	231.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	295.300	0	0	0	0	5	1.400	0	296.700	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.000				45.000	5	300	45.300			450	45.300	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	230.700	231.800
Pensión	1	295.300	296.700
Riesgos Laborales	1	45.000	45.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	571.000	573.800

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	1023958425	ANGIE VANESSA ROMERO GOMEZ		calle 39 sur # 50 a 25	4560032	angie12vanessa@hotmail.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	
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74706012	$573.800	

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	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
1	CC	1023958425	ROMERO GOMEZ ANGIE VANESSA	59	0			N							X										230201	1.845.226	295.300	0	0	0	0	EPS005	1.845.226	230.700	14-11	1.845.226	3	45.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco Caja Social
Su banco amigo.

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
12 febrero 2024 9:38 am

DIRECCIÓN IP. 181.53.14.179

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4043320952724082

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
4082FQBJ

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$573.800,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	74706012
FECHA DE LA SOLICITUD	12 febrero 2024
REFERENCIA 1	181.53.14.179
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1023958425
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	450413631
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	2
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******5567

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

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA JULIO CTO 6323-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 6323-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 6323-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 6323-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6323-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6323-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 6323-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 6323-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 6323-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 6323-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 6323-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 6323-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 6323-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 6323-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

5:23 19%
e.almeraim.com/surve

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA SEGURIDAD INFORMÁTICA E INFORMACIÓN

Nombre

Agradecemos su aporte en el diligenciamiento de tan valiosa información

Aceptar

Área

Pregunta requerida

Unidad

Pregunta requerida

SECCIÓN 1: CONCIENCIA DE SEGURIDAD

1. ¿Está al tanto de las políticas de seguridad de la información de la entidad?

- Si