| | | |
|---|---|---|
| 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:** | MARTHA LUCIA GONZALEZ MALES | | **Número de Documento:** | 52878901 | |
| **Correo Electrónico:** | mary-884@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3215816168 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 6012-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 1393 |
| **Perfil:** | TECNICO (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 | $2460448 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2460448** | **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS** | | |

## 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 | $ 9841792 | 1788 |
| 2 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 2 | $ 2460448 | 2836 |
| 3 | 2023-11-01 | 2023-11-30 | 3 | $ 0 | 0 |
| 4 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 4 | $ 4920896 | 3495 |
| 5 | 2024-01-01 | 2024-02-15 | 5 | $ 3530208 | 232 |
| 6 | 2024-02-01 | 2024-03-31 | 6 | $ 3851136 | 609 |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | MAYO | $ 2460448 |
| 2 | JUNIO | $ 2460448 |
| 3 | JULIO | $ 2460448 |
| 4 | AGOSTO | $ 2460448 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 2460448 |
| 6 | OCTUBRE | $ 2460448 |
| 7 | NOVIEMBRE | $ 2460448 |
| 8 | DICIEMBRE | $ 2460448 |
| 9 | ENERO | $ 2460448 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 2460448** | **$ 27064928** | **$ 22144032** | **$ 4920896** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Consultar en el aplicativo PAI web 2.0 de la Secretaría Distrital de Salud el antecedente vacunal del usuario con el fin de determinar los biológicos a aplicar. | -SE CONSULTA A USUARIOS EN EL APLICATIVO PAI WEB 0 PARA VERIFICAR SEGUN LA EDAD SI EL USUARIO TIENE COMPLETO SU ESQUEMA DE VACUNACION O SI POR EL CONTRARIO SE DEBE COMPLETAR EL ESQUEMA | -BASE DE DATOS EN DRIVE |
| 2 | 2. Realizar contacto telefónico con el usuario o cuidador con el fin de verificar datos de ubicación e informar el día en que se realizará la vacunación en casa. | -SE REALIZA LLAMADA TELEFONICAS PARA CONCRETAR VACUNACION EN CASA, PARA COMPLETAR ESQUEMAS DE VACUNACION DE USUARIOS | --BASE DE DATOS EN DRIVE |
| 3 | 3. Informar a los usuarios sobre los biológicos que se administrarán, enfermedad que previene, los posibles efectos adversos. | -EDUCACION HAYA SIDO SE BRINDA EDUCACION AL USUARIO O CUIDADOR, SOBRE BIOLOGICOS QUE VAN A SER SUMINISTRADOS, QUE ENFERMEDAD PREVIENE CADA BIOLOGICO, EFECTOS QUE PODRIA OCASIONAR DESPUES DE VACUNARSE Y CUIDADOS POST VACUNALES, SE REALIZAN PREGUNTAS DE VERIFICACION PARA CONFIRMAR QUE LA CAPTADA , POR EL USUARIO O CUIDADOR | --BASE DE DATOS EN DRIVE, ACTAS Y SIS |
| 4 | 4. Realizar el procedimiento de vacunación en casa, de acuerdo a las guías, protocolos y manuales dispuestos en la subred garantizando el adecuado uso de elementos de protección personal, técnicas de administración de biológicos, cadena de frío y medidas necesarias para el almacenamiento, conservación y transporte de los biológicos. | --REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE VACUNACION CASA A CASA SEGUN LAS NORMAS ESTIPULADAS EN EL MANUAL DE VACUNACION, SIGUIENDO PROTOCOLOS PARA MANEJO ADECUADO Y APLICACION DE LOS MISMO | --BASE DE DATOS SUBIDA A DRIVE |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | 5. Brindar información sobre reacciones los vacunales y manejo de las mismas, además de la fecha de la próxima vacunación en la IPS más cercana. | --SE BRINDA EDUCACION AL USUARIO O CUIDADOR LAS REACCONES POST VACUNALES Y LA FECHA DE PROXIMA VACUNA, SE DA INFORMACION DEL USS MAS CERCANO | -BASE DE DATOS SUBIDA A DRIVE |
| 6 | 6. Entrega del biológico sobrante en el punto de vacunación que se haya dispuesto por la subred para realizar la recepción y devolución de los biológicos. | --SE ENTREGA AL FINAL DE LA JORNADA BIOLOGICOS SOBRANTES , EN LA USS CORRESPONDIENTE | -BASE DE DATOS SUBIDA A DRIVE |
| 7 | 7. Registrar de manera diaria con la relación de los usuarios vacunados y la información que corresponde para este proceso. | SE REALIZA REGISTRO DE USUARIO VACUNADO EN EL FORMATO ESTIPULADO PARA ESTA ACTIVIDAD | -BASE DE DATOS SUBIDA A DRIVE |
| 8 | 8.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. | -.DAR CUMPLIMIENTO CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO A LA MATRIZ PROGRAMÁTICA | -BASE DE DATOS SUBIDOS A DRIVE |


***© 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 | $ 2460448 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 28657408 | - | | |
| 2024 | ENERO | 2024 | 02 | 19 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS 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 | $ 1256666.6666667 | $ 201067 | **$ 211200** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 157083 | **$ 165000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 30612 | **$ 32200** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 364710** | **$ 408400** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870493303 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MARTHA LUCIA GONZALEZ MALES | 2024-02-23 06:09:23 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-02-23 10:54:41 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-02-23 10:54:42 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MARTHA LUCIA GONZALEZ MALES | 2024-02-23 12:13:45 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-02-26 10:19:46 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MARTHA LUCIA GONZALEZ MALES | 2024-02-26 10:24:54 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-02-27 22:43:47 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-02-28 16:16:40 |

**LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | MARTHA LUCIA GONZALEZ MALES |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-52878901 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-02-22 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-02-19 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-02-19 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-01 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-01 |
| NÚMERO PLANILLA: | 28657408 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 28657408 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 2.500 | $ 162.500 | $ 165.000 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 3.200 | $ 208.000 | $ 211.200 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 31.700 | $ 32.200 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 6.200 | $ 402.200 | $ 408.400 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 04/03/2024 |

DAVIVIENDA

Bienvenido(a), **MARTHA GONZALEZ MALES**
Viernes 16 de Febrero de 2024, 08:34 PM
Código único CUS: 460605661
Resultado de su transacción:

**Destino de pago**
ASOPAGOS

**Motivo**
Pago de seguridad Social Integrado

**Número de Aprobación**
00605661

**Fecha**
16/02/2024

**Dirección IP**
181.56.106.27

**Valor transacción**
$408.400,00

**Referencia 1**
10.10.11.80

**Referencia 2**
CC

**Referencia 3**
52878901

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveed...
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contr...
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 ABRIL CTO 6987 - 2022.pdf | CUENTA ABRIL CTO 6987 - 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO CTO 6012-2023.pdf | CUENTA MAYO CTO 6012-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO 6012-2023.pdf | CUENTA JUNIO CTO 6012-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO CTO 6012-2023.pdf | CUENTA JULIO CTO 6012-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO CTO 6012-2023.pdf | CUENTA AGOSTO CTO 6012-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6012 - 2023 .pdf | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6012 - 2023 .pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE CTO 6012-2023.pdf | CUENTA OCTUBRE CTO 6012-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE CTO 6012-2023.pdf | CUENTA NOVIEMBRE CTO 6012-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE CTO 6012-2023.pdf | CUENTA DICIEMBRE CTO 6012-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ENERO CTO 6012-2023.pdf | CUENTA ENERO CTO 6012-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

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

**ENCUESTA SEGURIDAD INFORMÁTICA E INFORMACIÓN**

Nombre

P

P

P

Á

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
- No

Pregunta requerida

**Agradecemos su aporte en el diligenciamiento de tan valiosa información**

Aceptar