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:**	2024-03-01	**Hasta:**	2024-03-31	
Nombre del Contratista:	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO		**Número de Documento:**	1022369056	
Correo Electrónico:	nayibe.amaya.romero@gmail.com		**Número Telefónico:**	3138045465	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7332-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	3085
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	$4613064	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4613064**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-10-17		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-11-01	2024-01-31	1	$ 6368034	3495
2	2024-01-01	2024-02-15	2	$ 5315052	232
3	2024-02-01	2024-03-31	3	$ 6217608	609
4	2024-03-01	2024-05-31	4	$ 9226128	873

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 1754970

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	NOVIEMBRE	$ 3309372
3	DICIEMBRE	$ 4613064
4	ENERO	$ 3610224
5	FEBRERO	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 31739886**	**$ 17900694**	**$ 13839192**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de perfil (profesional de apoyo terapéutico) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordante y visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos nutricionales y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en la guía operativa de equipos de atención en casa	-Prestar servicios de fonoaudiología en el proceso de cuidado en el proceso de cuidado enmarcado en el acompañamiento terapéutico.	-Consentimientos informados - bases de datos drive EAC
2	Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria	-Brindar información sobre la salud y el bienestar de la comunicación a individuos, familias y comunidades, educar a las personas sobre la importancia de la comunicación para la salud y el bienestar, comunicarse con las personas sobre los trastornos de la comunicación y cómo abordarlos.	--Bitácora terapéutica, plan de cuidado.
3	Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya)	-Realizar el registro de las historias clínicas oportunamente con Integralidad de manera lógica, clara y completa.	-Dinamica -Historias clínicas
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad	-Diligenciamiento correctamente de los diferentes formatos como consentimiento informado, plan de cuidado, bitácora	-Bases de datos EAC

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud	-Identificar y caracterizar a los usuarios que necesitan servicios fonoaudiológicos -Planificación y la implementación de planes de tratamiento, la supervisión del progreso de los usuarios y la evaluación de la eficacia del tratamiento - Educar a los usuarios y sus familias sobre el tratamiento fonoaudiológico. -Identificar cualquier necesidad de cambio en el plan de tratamiento. -Coordinar el seguimiento de los usuarios con otros profesionales de la salud.	-Bases de datos EAC - Historias clínicas en Dinámica
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	-Reunirse con otros profesionales de la salud para discutir el caso de un paciente. -Intercambiar información sobre el paciente, como su historial médico y sus necesidades de comunicación. -Discutir el plan de tratamiento fonoaudiológico con otros profesionales de la salud. -Acordar los objetivos del tratamiento fonoaudiológico	-Plan de cuidado EAC-
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio	-Realizar una evaluación fonoaudiológica integral del paciente la cual debe incluir una evaluación de las habilidades de comunicación, habla, lenguaje, audición y deglución del paciente. -Desarrollar un plan de tratamiento fonoaudiológico específico para el paciente.	-Formato de plan de cuidado EAC - Historia clínica en Dinámica
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento	-Comunicación efectiva -Documentar adecuadamente la evolución: esto incluye registrar la información en la historia clínica del paciente - Educar a los familiares, acudientes, representantes sobre el cuadro clínico del paciente y el tratamiento recomendado	-Historia clínica - en Dinámica
9	Revisar bases de datos necesarias, aplicar las escalas necearías y elaborar el plan de cuidado	--Acceder a las bases de datos y recopilar la información necesaria. -Administrar las escalas al paciente. -Calcular los resultados de las escalas. -Documentar los resultados de las escalas en la historia clínica del paciente.	-Bitácora terapéutica EAC -Historia clínica
10	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, Ordenes médicas	-Organizar los soportes documentales siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, Ordenes médicas.	-Base de datos (Drive) EAC - carpeta por usuario-
11	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 diagnostica (Historia Clínica Digital)	-Recolección de información: -Considerar todos los factores relevantes, como la edad del paciente, el nivel de educación, los recursos disponibles y los objetivos.	-Bases de datos EAC
12	Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur y las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural	-Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud	-Bases de datos EAC
13	Las demás actividades derivadas del objeto contractual	-Cumplir con todas las actividades mencionadas de acuerdo a la guía operativa vigente	--Bases EAC

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**	75473280	-		
2024	**FEBRERO**	**2024**	**03**	**11**				
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	COLFONDOS	$ 1845226	$ 295236	**$ 295300**
Salud		COMPENSAR		$ 230653	**$ 230700**
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 44950	**$ 45000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 535521**	**$ 571000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	008400771443

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO	2024-03-27 21:51:42
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-03-29 21:29:24
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-03-30 15:49:49



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	1022369056	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO	CRA 51A No 38B-22 SUR	7959692	nayibe.amaya.romero@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	
2024-02	2024-02	I	11/03/2024	75473280	$582.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.100	0	0	11.100	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	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	1	11.100	11.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	582.100	582.100

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	1022369056	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO		CRA 51A No 38B-22 SUR	7959692	nayibe.amaya.romero@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-02	2024-02	I	11/03/2024	75473280	$582.100	

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	1022369056	AMAYA ROMERO ALBA NAYIBE	59	0			N																	231001	1.845.225	295.300	0	0	0	0	EPS008	1.845.225	230.700	14-7	1.845.225	3	45.000	CCF24	1.845.225	11.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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



¡Hola, alba nayibe amaya romero!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 506379566
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 582.100
Fecha de Transacción: 11/03/2024

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		
☐	6. Pantallazo Rethus y tarjeta profesional.pdf	6. Pantallazo Rethus y tarjeta profesional.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ARL 1022369056 CTO 7332-2023.pdf	ARL 1022369056 CTO 7332-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 7332-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 7332-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7332-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7332-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 7332-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 7332-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 7332-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 7332-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	.pdf (Archivado)	CUENTA FEBRERO CTO 7332-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 7332-2023.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 7332 -2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >