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:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30	
Nombre del Contratista:	ADRIANA PATRICIA TORRES HORTUA		**Número de Documento:**	52290279	
Correo Electrónico:	bebe29_3@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3223124633	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6003-2023	**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	$3075560	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3075560**	**TRES MILLONES SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-06		**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	$ 12302240	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 3075560	2836
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 6151120	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 4412760	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 4813920	609

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 6151120	873

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 3075560
2	JUNIO	$ 3075560
3	JULIO	$ 3075560
4	AGOSTO	$ 3075560
5	SEPTIEMBRE	$ 3075560
6	OCTUBRE	$ 3075560
7	NOVIEMBRE	$ 3075560
8	DICIEMBRE	$ 3075560
9	ENERO	$ 3075560
10	FEBRERO	$ 3075560
11	MARZO	$ 3075560
12	ABRIL	$ 3075560

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3075560	**$ 39982280**	**$ 36906720**	**$ 3075560**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1-Realizar la verificación de la frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018) y determinar el tipo de atención que requiere el usuario. De esta forma garantizar la apertura de la historia clínica y dar acceso al médico quien hará el registro de la atención médica	----------Atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentran en la vivienda durante la visita, independientemente de su afiliación al SGSSS -Diligenciamiento de historia clínica en la plataforma aplicada .	Diligenciamiento de historia clínica en la plataforma aplicad
2	2-Hacer el agendamiento de citas médicas de control para la población priorizada.	-------Realizar a diario la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	-Mejoramiento de la calidad de los productos entregados en las plataformas correspondiente
3	3- Verificar en historia clínica las órdenes médicas derivadas de la atención inicial por el EAC, y Realizar agendamiento de las citas médicas que sean necesarias.	--------Se realiza mapa del territorio junto a líderes de la comunidad y se entrega al geógrafo. ---	Mapas con dimensiones de poblacion ---Mapas con dimensiones de poblacion--

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4- Ejecutar las demás actividades descritas en el proceso de planeación de la atención en las cuales se menciona el perfil de técnico auxiliar de enfermería o administrativo.	---------Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta de enfermería, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud pueden conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora.	Se realiza entrega de plan de cuidado a la familia y se realiza educación a toda familia sobre autocuidado y cuidado Tambien
5	5. 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.	---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, indicaciones de enfermería . 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, indicaciones de enfermería .	-Consentimiento informado diligenciado, plan de cuidado con recomendaciones específicas, historia clínica diligenciada--

© 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	$ 3075560
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	76088633	-		
2024	MARZO	2024	04	17				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRES MILLONES SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1300000	$ 208000	**$ 208000**
Salud		FAMISANAR		$ 162500	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	462800067532

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA PATRICIA TORRES HORTUA	2024-04-25 21:19:16
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-04-27 08:40:32
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-04-27 15:45:24
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	2024-05-15 12:36:09

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2024

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	52290279-0	ADRIANA PATRICIA TORRES HORTUA	VEREDA EL RAIZAL LOCALIDAD ZUMAPAZ	3223124633	bebe29_3@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-03	2024-03	I	17/04/2024	76088633	$402.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52290279-0	ADRIANA PATRICIA TORRES HORTUA	VEREDA EL RAIZAL LOCALIDAD ZUMAPAZ	3223124633	bebe29_3@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2024-03	2024-03	I	17/04/2024	76088633	$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro. 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	52290279	TORRES HORTUA ADRIANA PATRICIA	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

4:19 PM
PSE
davivienda.com

DAVIVIENDA

Bienvenido(a), **ADRIANA TORRES HORTUA**
Miércoles 17 de Abril de 2024, 04:19 PM
Código único CUS: 582714532

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Número de Aprobación
00714532

Fecha
17/04/2024

Dirección IP
191.102.109.86

Valor transacción
$402.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1
191.102.109.86

Referencia 2
CC

Referencia 3
52290279

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2024.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 ABRIL CTO 7015-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 7015-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 6003-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 6003-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 6003-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 6003-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 6003-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 6003-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 6003-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 6003-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6003 - 2023 .pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6003 - 2023 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DEL MES DE OCTUBRE.pdf	CUENTA DE COBRO DEL MES DE OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 6003-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 6003-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 6003-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 6003-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta de cobro de enero 2024.pdf (Archivado)	cuenta de cobro de enero 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO-CONTRATO 6003-2023.pdf	CUENTA FEBRERO-CONTRATO 6003-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO-CONTRATO 6003-2023.pdf	CUENTA MARZO-CONTRATO 6003-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

CURSO SARLAFT, SICOF Y TRANSPARENCIA

CUESTIONARIO

Intentos permitidos: 3

Método de calificación: Calificación más alta

Resumen de sus intentos previos

Intento	Estado	Calificación / 10,00	Revisión
1	Finalizado Enviado: lunes, 15 de abril de 2024, 09:46	6,30	No permitido
2	Finalizado Enviado: lunes, 15 de abril de 2024, 10:34	5,60	No permitido
3	Finalizado Enviado: miércoles, 17 de abril de 2024, 15:27	7,90	No permitido

Su calificación final en este cuestionario es 7,90/10,00

No se permiten más intentos

Volver al curso

Español - Internacional (es)
English (en)
Español - Internacional (es)
Español Colombiano (es_co)

Información

Encuesta de percepción sobre participación ciudadana y control social dirigida a servidores y colaboradores públicos en el Distrito Capital - 1 enviado correctamente

4

OK

*** 1. Indica la experiencia que tienes en el sector público:**

- Menos de un año
- Entre uno a tres años
- Entre tres y siete años
- Más de siete años

*** 2. Entidad en la que trabajas:**

...

*** 3. Tus funciones u obligaciones están enmarcadas en un proceso:**

- Misional