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:	OLLMAN ORLANDO SILVA GUILLEN		**Número de Documento:**	1031143308	
Correo Electrónico:	ollman.silva.guillen@gmail.com		**Número Telefónico:**	3142594102	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5929-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1392
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO (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	$6458216	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6458216**	**SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS DIECISEISPESOS**		

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	$ 25832864	1789
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 6458216	2838
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 12916432	3496
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 9266136	243
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 10108512	610

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 12916432	874

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 6458216
2	JUNIO	$ 6458216
3	JULIO	$ 6458216
4	AGOSTO	$ 6458216
5	SEPTIEMBRE	$ 6458216
6	OCTUBRE	$ 6458216
7	NOVIEMBRE	$ 6458216
8	DICIEMBRE	$ 6458216
9	ENERO	$ 6458216
10	FEBRERO	$ 6458216
11	MARZO	$ 6458216

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6458216	**$ 83956808**	**$ 71040376**	**$ 12916432**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1Realizar la planeación, gestión y seguimiento para la implementación del proceso de planeación de la atención y prestación de servicios.	-Se realizo la planeación, gestión y seguimiento para la implementación del proceso de planeación de la atención y prestación de servicios	--Informes, Bases de datos, correos
2	2- Formular el plan de trabajo y el respectivo cronograma de la operación semanal de los equipos a cargo, con base en las proyecciones del grupo de GeografÍa.	-Formular el plan de trabajo y el respectivo cronograma de la operación semanal de los equipos a cargo, con base en las proyecciones del grupo de Geografía.	-Base seguimientos territoriales, Tableros de control.
3	3- Realizar la organización y distribución del talento humano para el abordaje del territorio de acuerdo a las estrategias definidas.	-Se realizo la organización y distribución del talento humano para el abordaje del territorio de acuerdo a las estrategias definida	-Base seguimientos territoriales, Tableros de control.
4	4- Generar informes, indicadores y reportes de acciones, acorde a la solicitud y demanda de la coordinación del convenio y/o la SDS	-Se generaron Generar informes, indicadores y reportes de acciones, acorde a la solicitud y demanda de la coordinación del convenio y/o la SDS	-Base seguimientos territoriales, Tableros de control

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5- Hacer seguimiento, monitoreo y análisis de indicadores de proceso: reportes de visitas, afiliaciones por oficio, cumplimiento de canalizaciones, programación de visitas del grupo de seguimiento a población priorizada, remisiones a rutas de atención sectorial e intersectorial.	-Se realizó seguimiento, monitoreo y análisis de indicadores de proceso: reportes de visitas, afiliaciones por oficio, cumplimiento de canalizaciones, programación de visitas del grupo de seguimiento a población priorizada, remisiones a rutas de atención sectorial e intersectorial	-Base seguimientos territoriales, Tableros de control.
6	6- Realizar la programación de comités de Cuidado, entrega de Planes de Cuidado, seguimiento a familias de acuerdo con la priorización, entre otros.	-Se realizó la programación de comités de Cuidado, entrega de Planes de Cuidado, seguimiento a familias de acuerdo con la priorización, entre otros	-Base seguimientos territoriales, Tableros de control.
7	7- Realizar seguimiento a las canalizaciones realizadas por SIRC, de los usuarios con identificaciones de necesidades en salud con afiliación otras EAPB. Para el caso, será el responsable de Ingresar la información a la matriz de la estrategia de ruteo, en donde se hará la realimentación de los datos requeridos con la información de las visitas realizadas a los usuarios asignados objeto de abordaje por EAC.	-Se realizó seguimiento a las canalizaciones realizadas por SIRC, de los usuarios con identificaciones de necesidades en salud con afiliación otras EAPB. Para el caso, será el responsable de Ingresar la información a la matriz de la estrategia de ruteo, en donde se hará la realimentación de los datos requeridos con la información de las visitas realizadas a los usuarios asignados objeto de abordaje por EAC.	-Base seguimientos territoriales, Tableros de control
8	8- Realizar la planeación y liderará el comité de cuidado	-Se realizo la planeación, Realizar la planeación y liderará el comité de cuidado	-Base seguimientos territoriales, Tableros de control.
9	9- Realizar seguimiento en campo a la operación, de manera aleatoria con el fin de realizar	-Se realizó seguimiento en campo a la operación, de manera aleatoria con el fin de realizar procesos de mejoramiento continuo del proceso de planeación de la atención y prestación de servicios.	-Base seguimientos territoriales, Tableros de control.
10	10- Realizar articulación con los profesionales quienes lideran el grupo de apoyo, generar reporte de indicadores frente a las acciones de (entrega de medicamentos y toma de laboratorios en casa, vacunación, aplicación de tratamientos para sífilis gestacional y administración de pruebas de apetito).	-se realizó articulación con la profesional quien lidera el grupo de apoyo, generar reporte de indicadores frente a las acciones de (entrega de medicamentos y toma de laboratorios en casa, vacunación, aplicación de tratamientos para sífilis gestacional y administración de pruebas de apetito.	-Base seguimientos territoriales, Tableros de control.
11	11-Realizar seguimiento y monitoreo al proceso de verificación de frecuencia de uso, agendamiento, facturación y seguimiento citas programadas por el grupo familiar.	-Se realizó articulación con la profesional quien lidera el grupo de apoyo, generar reporte de indicadores frente a las acciones de (entrega de medicamentos y toma de laboratorios en casa, vacunación, aplicación de tratamientos para sífilis gestacional pruebas rápidas.	-Base seguimientos territoriales, Tableros de control
12	12- 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.	-Se realizó seguimiento y monitoreo al proceso de verificación de frecuencia de uso, agendamiento, facturación y seguimiento citas programadas por el grupo familiar.	-Base seguimientos territoriales, Tableros de control.

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	$ 6458216
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	76540088	-		
2024	**MARZO**	**2024**	**04**	**24**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS DIECISEISPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 2583286	$ 413326	**$ 420800**
Salud		SÁNITAS		$ 322911	**$ 328800**
ARL	3	SURA		$ 62929	**$ 64200**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 749722**	**$ 813800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24083053199

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	OLLMAN ORLANDO SILVA GUILLEN	2024-04-26 19:39:47
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-04-28 11:47:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-04-28 15:20:07

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	1031143308-0	OLLMAN ORLANDO SILVA GUILLEN	CALLE 55 SUR 24 44 APTO 501 INT 8	8147370	ollman.silva.guillen@gmail.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	24/04/2024	76540088	$866.500	

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	323.000	0		0		0	21	5.800	0	328.800	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	413.400	0	0	0	0	21	7.400	0	420.800	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	63.000				63.000	21	1.200	64.200			630	64.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	51.700	21	1.000	52.700	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	323.000	328.800
Pensión	1	413.400	420.800
Riesgos Laborales	1	63.000	64.200
CCF	1	51.700	52.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	851.100	866.500

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031143308-0	OLLMAN ORLANDO SILVA GUILLEN	CALLE 55 SUR 24 44 APTO 501 INT 8	8147370	ollman.silva.guillen@gmail.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	24/04/2024	76540088	$866.500	

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	1031143308	SILVA GUILLEN OLLMAN ORLANDO	59	0			N																	230201	2.583.286	413.400	0	0	0	0	EPS005	2.583.286	323.000	14-11	2.583.286	3	63.000	CCF24	2.583.286	51.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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



¡Hola, OLLMAN SILVA!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 594746422
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 866.500
Fecha de Transacción: 24/04/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

▸Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

▸Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

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

INDUCCIÓN ESPECÍFICA 2024

Se ha registrado tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.
Denunciar abuso - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

colaboradores (entendiendo por servidores a funcionarios de planta y colaboradores a contratistas) del Distrito Capital para aportar al fortalecimiento institucional de la participación ciudadana, el diálogo y la confianza entre la ciudadanía y las entidades distritales. La

Información

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

OK

2

- Entre uno a tres años
- Entre tres y siete años
- Más de siete años

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 | < 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 MAYO CTO 5929-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5929-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5929-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5929-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5929-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5929-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5929-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5929-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5929-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5929-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5929-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5929-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5929-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5929-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 5929-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5929-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 5929-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 5929-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 5929-2023.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 5929-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 5929-2023.pdf	CUENTA MARZO CTO 5929-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

7kjrwbDGAY

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

OLLMAN SILVA

1031143308

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SARLAFT LA/FT-SICOF -PTEE

40 horas

GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLÓN
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
Oficial de Cumplimiento Principal SARLAF LA/FT- SICOF -PTEE

El presente se otorga el: abril 18, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ