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:	JORGE OMAR ARANGO DIAZ		**Número de Documento:**	19233337	
Correo Electrónico:	nadieselosabe@gmail.com		**Número Telefónico:**	3102111160	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5849-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
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	$5902434	83.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5902434**	**CINCO MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATROPESOS**		

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	$ 24226984	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 0	2836
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 3587754	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 2912639	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 7677022	609

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 10666817	873

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 2931928
2	JUNIO	$ 4436470
3	JULIO	$ 3607043
4	AGOSTO	$ 2931928
5	SEPTIEMBRE	$ 3529887
6	OCTUBRE	$ 3279130
7	NOVIEMBRE	$ 3568465
8	DICIEMBRE	$ 3356286
9	ENERO	$ 3664910
10	FEBRERO	$ 3568465
11	MARZO	$ 3066951

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7098352	**$ 56169568**	**$ 37941463**	**$ 18228105**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Apoyar y atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	SE APOYO Y ATENDIÓ EN CONSULTA A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SE ENCONTRABAN EN LA VIVIENDA INDEPENDIENTE AL RÉGIMEN DE ATENCIÓN QUE PERTENECEN-	HISTORIA CLÍNICA Y DRIVE DE INGRESOS
2	2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	SE REALIZÓ DIARIAMENTE LA CORRECCIÓN DE LOS REQUISITOS DE CALIDAD POR LOS INSTRUMENTOS DE VALIDACIÓN ESTABLECIDOS PARA LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA	HISTORIA CLÍNICA DRIVE Y PLAN DE CUIDADO
3	3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	SE REALIZÓ ENTREGA DE LOS MAPAS DE LAS RUTAS DE CAMPO AL GEÓGRAFO	ENTREGA DE MAPAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora.	SE REALIZARON RECOMENDACIONES, INDICACIONES,ENTREGA DE FORMULACIÓN TODO REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE DE CAPITAL SALUD ,UNA VEZ REALIZADA LA CONSULTA POR LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA	PLAN DECUIDADO
5	5. 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, órdenes médicas.	SE REALIZARON LOS SOPORTES DOCUMENTALES SIGUIENDO LAS DIRECTRICES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL, FORMATOS DE CONSENTIMIENTOS,PLANES DE CUIDADO	CONSENTIMIENTO INFORMADO, PLAN DE CUIDADO, ORDENES MÉDICAS
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 recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital).	SE REALIZO 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 CON LA CONSULTA DIAGNÓSTICA(HISTORIA CLÍNICA DIGITAL)	HISTORIA CLÍNICA CON DINÁMICA
7	7. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	SE REALIZARON ACTIVIDADES DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA GUÍA OPERATIVA VIGENTE ELABORADA POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y DEMÁS LINEAMIENTOS QUE EXPIDA ÉSTA O LA SUBRED SUR	HISTORIA CLÍNICA PLAN DE CUIDADO
8	8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO AL ESQUEMA DE OPERACIÓN DEFINIDO POR EL SECTOR RURAL	HISTORIA CLÍNICA PLAN DE CUIDADO
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	SE REALIZARON LAS MEDICIONES Y TAMIZAJES NECESARIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y LA VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO	HISTORIA CLÍNICA PLAN DE CUIDADO

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente.	SE REFIRIÓ MEDIANTE LA PLATAFORMA DEL SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA -SIRC-LOS REQUERIMIENTOS DE ATENCIÓN QUE SE IDENTIFIQUEN EN POBLACIÓN AFILIADA A EAPBS DIFERENTES A CAPITAL SALUD PARA QUE DESDE ALLÍ SE GESTIONE LA ATENCIÓN CORRESPONDIENTE	HISTORIA CLÍNICA
11	11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	SE REGISTRO OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN PERTINENTE DE LOS INSTRUMENTOS DE CONTROL QUE ESTABLEZCA LA ENTIDAD	DRIVE DE INGRESOS Y DINÁMICA
12	12. Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente.	SE IDENTIFICARON EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA VISIBLES EN CONSULTA (DESNUTRICIÓN, CONDUCTA SUICIDA Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, MALTRATO INFANTIL Y VIOLENCIA SEXUAL, ENFERMEDADES ERUPTIVAS, HEPATITIS, INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA,ETC.)EL MÉDICO DEBE DILIGENCIAR Y FIRMAR LA FICHA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL O DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO ESTABLECIDO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	-(HTTPS://INS.GOV.CO/BUSCADOR/EVENTOS/PAGINAS/FICHAS Y PROTOCOLOS.ASPX) Y EL SISTEMA O SUBSISTEMA DE VIGILANCIA CORRESPONDIENTE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	13. Registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar.	SE REGISTRO LA CONSULTA DIAGNÓSTICA BÁSICA EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL REFIRIENDO LAS CONDUCTAS RECOMENDADAS, INTERCONSULTAS O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SOLICITADAS, MEDICAMENTOS FORMULADOS O PEDIDOS PARA DISPENSACIÓN POR PARTE DE LA SUBRED PARA AFILIADOS A CAPITAL SALUD, ESTO EXCLUSIVAMENTE PARA ADULTOS MAYORES , PERSONAL EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES RESIDENTES DEL HOGAR.	HISTORIA CLÍNICA CON DINÁMICA
14	14. Realizar Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida.	SE REALIZÓ VERIFICACIÓN QUE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA, INDEPENDIENTEMENTE DE SU ASEGURAMIENTO ACCEDAN A LAS ACTIVIDADES INDIVIDUALES Y FAMILIARES CONTEMPLADAS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE ACUERDO CON LOS ESQUEMAS DE ATENCIONES INDIVIDUALES POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA	HISTORIA CLÍNICA PLAN DE CUIDADO CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
15	15.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 DIO 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	HISTORIAS CLÍNICAS DRIVE DE AJUSTE DE SEGUIMIENTOS

© 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	$ 3066951
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	4549226187	-		
2024	**MARZO**	**2024**	**04**	**25**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**TRES MILLONES SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y UNPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	SI	PENSIONADO	$ 1300000	$ 208000	**$ 0**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 314300**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 61400**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 377286**	**$ 375700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	20770030060

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JORGE OMAR ARANGO DIAZ	2024-04-26 20:49:33
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-04-28 10:37:58
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-04-28 13:45:43

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19233337
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JORGE OMAR ARANGO DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DIAG. 40A # 8-91 APTO. 1409	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4549226187**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		16			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998447480

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 314.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 314.300**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 50.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 50.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 61.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 61.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 420.100**
VALOR MORA:	**$ 5.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 426.000**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19233337
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JORGE OMAR ARANGO DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DIAG. 40A # 8-91 APTO. 1409	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4549226187**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	16		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/04/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998447480

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 310.000	$ 0	$ 4.300	$ 0	$ 310.000	$ 4.300	$ 0	$ 314.300
SUBTOTALES:													**$ 310.000**	**$ 4.300**	**$ 0**	**$ 314.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 60.500	$ 60.500	$ 900	$ 0	$ 61.400
SUBTOTALES:									**$ 60.500**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 61.400**

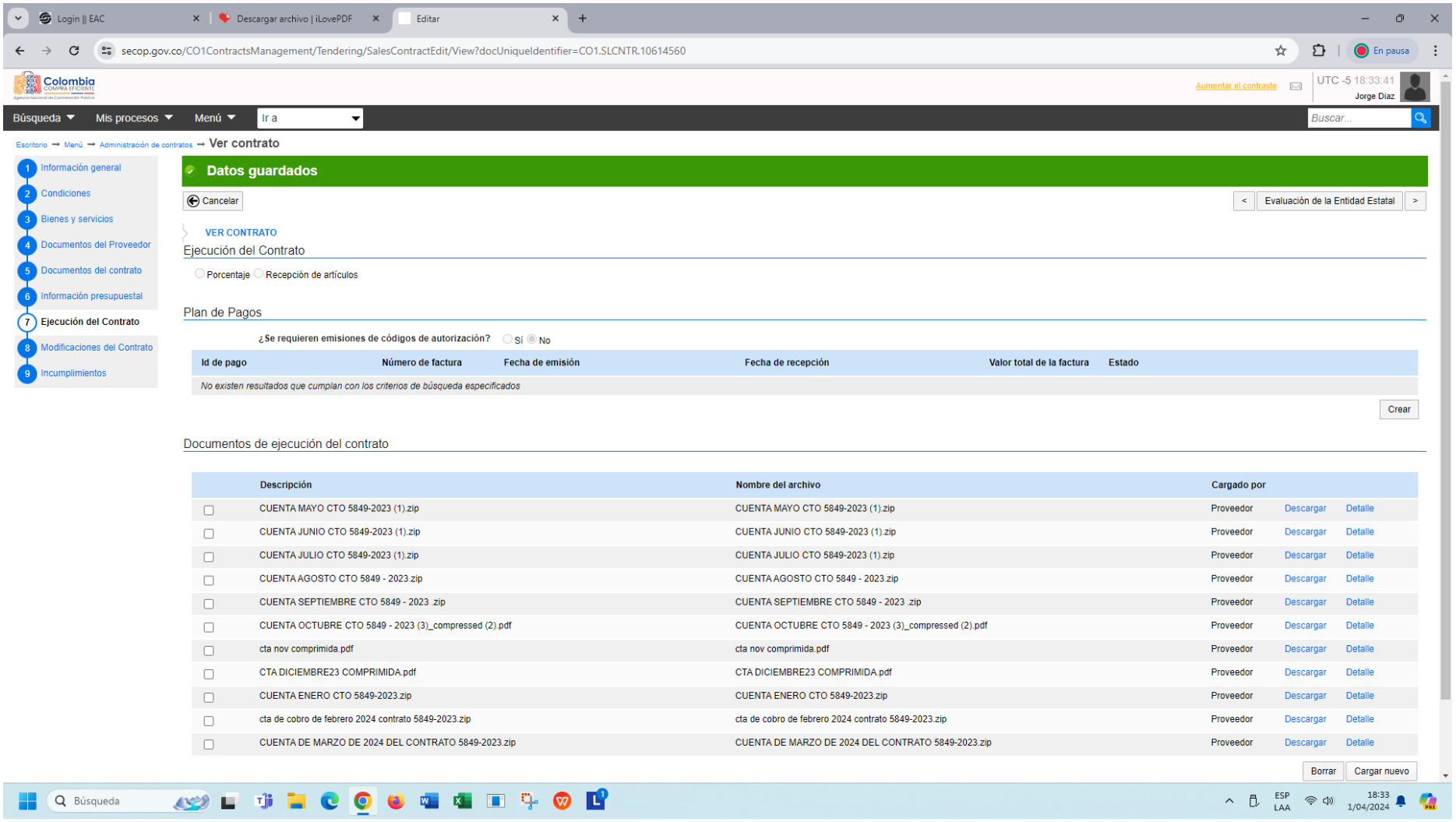
TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 49.600	$ 700	$ 50.300
SUBTOTALES:			**$ 49.600**	**$ 700**	**$ 50.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 19233337	ARANGO DIAZ JORGE OMAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE	REQ CUMP PENS	$ 2.480.000				NO								01-30											$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.480.000	$ 310.000	$ 0	$ 310.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.480.000	19233337	$ 60.500	30	$ 2.480.000	CCF24-COMPENSAR	$ 49.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 426.000**


Login || EAC
Descargar archivo | iLovePDF
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.10614560
En pausa
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 18:33:41
Jorge Diaz
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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 5849-2023 (1).zip
CUENTA JUNIO CTO 5849-2023 (1).zip
CUENTA JULIO CTO 5849-2023 (1).zip
CUENTA AGOSTO CTO 5849 - 2023.zip
CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5849 - 2023 .zip
CUENTA OCTUBRE CTO 5849 - 2023 (3)_compressed (2).pdf
cta nov comprimida.pdf
CTA DICIEMBRE23 COMPRIMIDA.pdf
CUENTA ENERO CTO 5849-2023.zip
cta de cobro de febrero 2024 contrato 5849-2023.zip
CUENTA DE MARZO DE 2024 DEL CONTRATO 5849-2023.zip
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Búsqueda
ESP
LAA
18:33
1/04/2024

5:37 p. m.
Encuesta de percepci...
KoboToolbox

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

el marco de la implementación de los
yectos de inversión 7552 y 7591, la
duría Distrital desarrollará esta

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

NNJlqLdARC

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

JORGE OMAR ARANGO DIAZ

19233337

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 25, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ

Bogotá, 26 de abril de 2024

SEÑORES
SUBGERENCIA CORPORATIVA
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
SUBRED SUR DE SALUD
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
Ciudad

Asunto: Solicitud respetuosa

Cordial saludo. Soy médico General y Contratista de la Subred Sur de Bogotá, desde los dos pasados convenios del año 2021 y del año 2022 y estoy afiliado al Fondo de Administración de Pensiones PROTECCIÓN, ya complete 1) la edad 2) las semanas y 3) el monto necesario para mi pensión, PERO por procedimientos de PROTECCIÓN no me han hecho efectivo mi derecho a la pensión del que dicen que esta AD PORTAS de hacerlo efectivo, anexo a la presente, el reporte de de dicho Fondo en el que pueden observar en donde va el proceso.
Me dirijo a ustedes para que se me permita presentar mis cuentas de cobro sin el requisito de la resolución de pensión o devolución de fondos porque por motivos ajenos a mi voluntad no los tengo a pesar de tener cumplidos a la fecha todos los requisitos de ley para disfrutar mi derecho a la pensión.

Agradecido por su atención a la presente, quedo de ustedes:

Jorge Omar Arango Díaz
Registro Médico 19233337
Contrato 5849-2023
Celular 3102111160
nadieselosabe@gmail.com

Anexo lo anunciado en un (2) folios

Historia Laboral

Fecha de generación: 06/12/2021

Protección

Nombre del afiliado: **Jorge Omar Arango Diaz** | Identificación: **CC . 19233337**

Aquí encontrarás el registro de las semanas cotizadas a tu pensión, de acuerdo a los trabajos que has tenido hasta la fecha. Información de tus empleadores, salario que devengabas y el valor de los aportes a tu ahorro pensional. **Es indispensable que esta información cuente con tu aprobación.**

Aprueba los periodos de cotización que estén correctos, y confirma que no laboraste en los que no tienes cotización y si por el contrario encuentras datos faltantes, repórtalos en **www.proteccion.com.co o con la ayuda de nuestros asesores en la línea de servicio.**

Semanas cotizadas

SEMANAS OTRO RÉGIMEN [1]		SEMANAS PROTECCIÓN		TOTAL SEMANAS COTIZADAS
526.57	+	623.14	=	1149.71
Valor de bono a 01/08/1999 **$103,964,040** Fecha Redención del Bono **18/03/2015**		Saldo cuenta individual [2] **$114,446,687**		Total semanas cotizadas en los últimos 3 años [3] **0**

Total Semanas cotizadas: 1149.71

Semanas para alcanzar una garantía de pensión mínima: 1.150

Edad: 68

Edad mínima en hombres para alcanzar una garantía de pensión mínima: 62 años.

Semanas aprobadas por tí: 0%

Para solicitar tu pensión, es necesario que apruebes tanto las semanas cotizadas como las no laboradas, que registran en tu historia laboral.

1. Corresponde a los aportes a pensión que el afiliado y su empleador realizaron a una administradora del régimen de prima media como el Instituto de Seguro Social (ahora colpensiones), cajas o fondos del sector público, antes de trasladarse a una administradora de fondos privados de pensiones como Protección. Este dinero hará parte del capital con el que se pagaría la pensión. Recuerde que esta información puede ser actualizada constantemente por los empleadores y las entidades a las cuales usted o su empleador realizaron los aportes y por lo tanto puede presentar variaciones con respecto a los datos informados a la fecha.
2. El saldo de la cuenta individual es la suma de los aportes a pensión del afiliado, el empleador y los rendimientos de estos en el régimen de ahorro individual, a la fecha de generación de este informe.
3. Si has cotizado mínimo 50 semanas en los últimos 3 años antes de la fecha de siniestro y cumples con los requisitos legales establecidos para la pensión, puedes acceder a una pensión de invalidez o sobrevivencia. Ten presente que esta información no acredita el cumplimiento de los requisitos legales establecidos en la ley para acceder a la prestación.

Información de interés
Las semanas y valores aquí reflejados son de carácter informativo y son actualizadas constantemente debido a nuevos reportes o ajustes. No acreditan el cumplimiento de los requisitos legales establecidos en la ley para el tipo de prestación solicitada.

Protección
Pensiones y Cesantías

Medellín, 5 de febrero de 2024

JORGE OMAR ARANGO DIAZ

Nuestro propósito en Protección es acompañarte en la construcción de tu futuro.

En función de tu solicitud y con el fin de continuar realizando un seguimiento a tu caso SER - 08500404, aclares tus dudas y encuentres la respuesta que necesitas, te presentamos el resumen del contacto que tuviste con Protección el día 5/02/2024

BONO EN ETAPA DE TRAMITE DE BONO, REINTEGRO, NEGOCIACION O ACCION LEGAL

Esperamos haber atendido tu solicitud y que la información entregada resuelva tus inquietudes. Recuerda que desde nuestra página web www.proteccion.com puedes generar certificados, consultar saldos, hacer retiros e informarte sobre nuestros productos y servicios.

De igual forma, te recordamos que todos nuestros canales de servicio están a tu disposición. No dudes en comunicarte con nuestra Línea de Servicio: en Bogotá (601) 744 44 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 – Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575 y en el resto del país desde un teléfono fijo 01 8000 52 8000.

Cordialmente,

Olga Maria Farfan Rubiano
Equipo canales de servicio
Protección S.A.

Protección
Pensiones y Cesantías

Medellín, 5 de febrero de 2024

JORGE OMAR ARANGO DIAZ

Nuestro propósito en Protección es acompañarte en la construcción de tu futuro.

En función de tu solicitud y con el fin de continuar realizando un seguimiento a tu caso SER - 08500404, aclares tus dudas y encuentres la respuesta que necesitas, te presentamos el resumen del contacto que tuviste con Protección el día 5/02/2024

BONO EN ETAPA DE TRAMITE DE BONO, REINTEGRO, NEGOCIACION O ACCION LEGAL

Esperamos haber atendido tu solicitud y que la información entregada resuelva tus inquietudes. Recuerda que desde nuestra página web www.proteccion.com puedes generar certificados, consultar saldos, hacer retiros e informarte sobre nuestros productos y servicios.

De igual forma, te recordamos que todos nuestros canales de servicio están a tu disposición. No dudes en comunicarte con nuestra Línea de Servicio: en Bogotá (601) 744 44 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 – Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575 y en el resto del país desde un teléfono fijo 01 8000 52 8000.

Cordialmente,

Olga Maria Farfan Rubiano
Equipo canales de servicio
Protección S.A.

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:	JORGE OMAR ARANGO DIAZ		**Número de Documento:**	19233337	
Correo Electrónico:	nadieselosabe@gmail.com		**Número Telefónico:**	3102111160	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5849-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
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	$5902434	83.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5902434**	**CINCO MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATROPESOS**		

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	$ 24226984	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 0	2836
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 3587754	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 2912639	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 7677022	609

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 10666817	873

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 2931928
2	JUNIO	$ 4436470
3	JULIO	$ 3607043
4	AGOSTO	$ 2931928
5	SEPTIEMBRE	$ 3529887
6	OCTUBRE	$ 3279130
7	NOVIEMBRE	$ 3568465
8	DICIEMBRE	$ 3356286
9	ENERO	$ 3664910
10	FEBRERO	$ 3568465
11	MARZO	$ 3066951
12	ABRIL	$ 5902434

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7098352	**$ 56169568**	**$ 43843897**	**$ 12325671**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Apoyar y atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	SE APOYO Y ATENDIÓ EN CONSULTA A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SE ENCONTRABAN EN LA VIVIENDA INDEPENDIENTE AL RÉGIMEN DE ATENCIÓN QUE PERTENECEN-	HISTORIA CLÍNICA Y DRIVE DE INGRESOS
2	2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	SE REALIZÓ DIARIAMENTE LA CORRECCIÓN DE LOS REQUISITOS DE CALIDAD POR LOS INSTRUMENTOS DE VALIDACIÓN ESTABLECIDOS PARA LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA	HISTORIA CLÍNICA DRIVE Y PLAN DE CUIDADO
3	3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	SE REALIZÓ ENTREGA DE LOS MAPAS DE LAS RUTAS DE CAMPO AL GEÓGRAFO	ENTREGA DE MAPAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora.	SE REALIZARON RECOMENDACIONES, INDICACIONES,ENTREGA DE FORMULACIÓN TODO REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE DE CAPITAL SALUD ,UNA VEZ REALIZADA LA CONSULTA POR LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA	PLAN DECUIDADO
5	5. 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, órdenes médicas.	SE REALIZARON LOS SOPORTES DOCUMENTALES SIGUIENDO LAS DIRECTRICES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL, FORMATOS DE CONSENTIMIENTOS,PLANES DE CUIDADO	CONSENTIMIENTO INFORMADO, PLAN DE CUIDADO, ORDENES MÉDICAS
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 recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital).	SE REALIZO 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 CON LA CONSULTA DIAGNÓSTICA(HISTORIA CLÍNICA DIGITAL)	HISTORIA CLÍNICA CON DINÁMICA
7	7. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	SE REALIZARON ACTIVIDADES DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA GUÍA OPERATIVA VIGENTE ELABORADA POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y DEMÁS LINEAMIENTOS QUE EXPIDA ÉSTA O LA SUBRED SUR	HISTORIA CLÍNICA PLAN DE CUIDADO
8	8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO AL ESQUEMA DE OPERACIÓN DEFINIDO POR EL SECTOR RURAL	HISTORIA CLÍNICA PLAN DE CUIDADO
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	SE REALIZARON LAS MEDICIONES Y TAMIZAJES NECESARIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y LA VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO	HISTORIA CLÍNICA PLAN DE CUIDADO

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente.	SE REFIRIÓ MEDIANTE LA PLATAFORMA DEL SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA -SIRC-LOS REQUERIMIENTOS DE ATENCIÓN QUE SE IDENTIFIQUEN EN POBLACIÓN AFILIADA A EAPBS DIFERENTES A CAPITAL SALUD PARA QUE DESDE ALLÍ SE GESTIONE LA ATENCIÓN CORRESPONDIENTE	HISTORIA CLÍNICA
11	11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	SE REGISTRO OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN PERTINENTE DE LOS INSTRUMENTOS DE CONTROL QUE ESTABLEZCA LA ENTIDAD	DRIVE DE INGRESOS Y DINÁMICA
12	12. Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente.	SE IDENTIFICARON EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA VISIBLES EN CONSULTA (DESNUTRICIÓN, CONDUCTA SUICIDA Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, MALTRATO INFANTIL Y VIOLENCIA SEXUAL, ENFERMEDADES ERUPTIVAS, HEPATITIS, INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA,ETC.)EL MÉDICO DEBE DILIGENCIAR Y FIRMAR LA FICHA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL O DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO ESTABLECIDO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	-(HTTPS://INS.GOV.CO/BUSCADOR/EVENTOS/PAGINAS/FICHAS Y PROTOCOLOS.ASPX) Y EL SISTEMA O SUBSISTEMA DE VIGILANCIA CORRESPONDIENTE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	13. Registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar.	SE REGISTRO LA CONSULTA DIAGNÓSTICA BÁSICA EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL REFIRIENDO LAS CONDUCTAS RECOMENDADAS, INTERCONSULTAS O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SOLICITADAS, MEDICAMENTOS FORMULADOS O PEDIDOS PARA DISPENSACIÓN POR PARTE DE LA SUBRED PARA AFILIADOS A CAPITAL SALUD, ESTO EXCLUSIVAMENTE PARA ADULTOS MAYORES , PERSONAL EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES RESIDENTES DEL HOGAR.	HISTORIA CLÍNICA CON DINÁMICA
14	14. Realizar Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida.	SE REALIZÓ VERIFICACIÓN QUE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA, INDEPENDIENTEMENTE DE SU ASEGURAMIENTO ACCEDAN A LAS ACTIVIDADES INDIVIDUALES Y FAMILIARES CONTEMPLADAS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE ACUERDO CON LOS ESQUEMAS DE ATENCIONES INDIVIDUALES POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA	HISTORIA CLÍNICA PLAN DE CUIDADO CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
15	15.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 DIO 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	HISTORIAS CLÍNICAS DRIVE DE AJUSTE DE SEGUIMIENTOS

© 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	$ 3066951
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	4549226187	-		
2024	**MARZO**	**2024**	**04**	**25**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y UNPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	SI	PENSIONADO	$ 1300000	$ 208000	**$ 0**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 314300**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 61400**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 377286**	**$ 375700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	20770030060

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JORGE OMAR ARANGO DIAZ	2024-04-26 20:49:33
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-04-28 10:37:58
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-04-28 13:45:43
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 12:36:07

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL