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:**	2024-05-01	**Hasta:**	2024-05-31	
Nombre del Contratista:	JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO		**Número de Documento:**	1010205505	
Correo Electrónico:	jcumbalaza505@uan.edu.co		**Número Telefónico:**	3206190067	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5905-2023	**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	$7445554	102.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 7445554**	**SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATROPESOS**		

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	$ 24612764	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 8101389	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	$ 482225	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 14775374	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 11110464	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 9644500	609

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 14910397	873

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 2623304
2	JUNIO	$ 7098352
3	JULIO	$ 7696320
4	AGOSTO	$ 7638444
5	SEPTIEMBRE	$ 7657733
6	OCTUBRE	$ 7580577
7	NOVIEMBRE	$ 7677022
8	DICIEMBRE	$ 7098352
9	ENERO	$ 6558260
10	FEBRERO	$ 7098352
11	MARZO	$ 5555232
12	ABRIL	$ 4621644
13	MAYO	$ 7445554

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7098352	**$ 90735465**	**$ 86349146**	**$ 4386319**

	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 apoyó y atendió a cada integrante del hogar independientemente de su rédimen de afiliación	-Se entregaron los formatos pertinentes individuales de atención de todo s los miembros del hogar atendido, incluida la historia clinica
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 realizo la correcion oportuna según requisitos de calidad	-Se entregaron los documentos corregidos , según el caso, según correcciones realizadas por el instrumento de validacion
3	3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	-Se realizo la entrega al geografo de mapas y rutas finalizadas	-Se entrego en físico la documentación correspondiente a mapas y rutas finalizadas

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 en salud de manera individual al finalizar cada intervención	-Se entrego en físico el plan de cuidado al finalizar la intervención a los usuarios
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 organizaron los soportes documentales según directrices del sistema	-Se entrego en físico para archivo los soportes de acciones según el cargo
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 riesgos de salud para la familia según los formularios oficiales	-Se entrego la historia clínica digital con las acciones de abordaje en riesgos sociales y de salud identificados en la intervencion
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 las actividades establecidas en la guía operativa vigente aprobada	-Se entregaron los soportes de todas las actividades realizadas según indicaciones de la guía operativa aprobada
8	8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	-Se realizaron las actividades según el esquema de operación rural según la asignación	-Se entregaron los soportes de realización de actividades en el sector rural según programación asignada
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 valoración en salud e identificación de riesgos	-Se entrego la información en historia clinica con tamizajes realizados e identificación de riesgos
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 refirieron mediante plataforma SIRC a usuarios de otras EAPB según su requerimiento	-Se entrego el soporte de remisión por SIRC de cada usuario que asi lo requirio
11	11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Se registraron de forma oportuna en los instrumentos establecidos, toda la información de instrumentos de control	-Se entregaron los instrumentos de control establecidos con toda la información registrada en las actividades de valoracion
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 realizaron las fichas de notificación de eventos en salud publica según el caso pertinente	-Se entrego anexo a historia clínica, según el caso, la ficha de notificación de evento en salud publica

© Siasur - 2024

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 registraron en la historia clínica, las formulas , remisiones e interconsultas según la necesidad del paciente	-Se entregaron las historias clínicas digitales con anexos de solicitudes según el caso en particular, como formulas, interconsultas y examenes
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 realizo la verificación para que todos los integrantes de la familia accedieran a las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud	-Se entrego el plan de actividades para que los integrantes de la familia accedieran a las actividades de la ruta de promocion y mantenimiento de la salud
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 cumplimiemto a todas las actividades contractuales	-historias clinicas y aplicativo

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	77265693	-		$ 4621644
2024	ABRIL	2024	05	23				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1848658	$ 295785	**$ 300600**
Salud		NUEVA EPS		$ 231082	**$ 234900**
ARL	3	SURA		$ 45033	**$ 45900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 536517**	**$ 581400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	45124549276

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO	2024-05-27 12:31:34
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-05-28 13:01:09
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO	2024-05-28 15:30:19
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-05-30 15:40:44
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-05-31 18:50:17
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	2024-06-17 14:39:05

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	1010205505	JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO		calle 2a #5a-32	7332828	andre0805lucas@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	
2024-04	2024-04	I	23/05/2024	77265693	$581.400	

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					
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	231.100	0		0		0	20	3.800	0	234.900	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	295.800	0	0	0	0	20	4.800	0	300.600	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	45.100				45.100	20	800	45.900			451	45.900	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	231.100	234.900
Pensión	1	295.800	300.600
Riesgos Laborales	1	45.100	45.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	572.000	581.400

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

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010205505	JESSICA DEL ROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO		calle 2a #5a-32	7332828	andre0805lucas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-04	2024-04	I	23/05/2024	77265693	$581.400

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. en Exter.	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	1010205505	CUMBALAZA CRIOLLO JESSICA DEL ROSARIO	59	0			N																	25-14	1.848.658	295.800	0	0	0	0	ESSC18	1.848.658	231.100	14-11	1.848.658	3	45.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Powered by CamScanner

Comprobante

de pago en línea

COMPENSAR-OI

Pago realizado por: JESSICA DELROSARIO CUMBALAZA CRIOLLO

Nro. de recibo: 77265693

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 181.61.206.26

Concepto: CC

Razón Social: 1010205505

Fecha y hora de la transacción: Jueves 23 de Mayo de 2024 11:56:44 AM

Nro. de comprobante: 0000089264

Valor pagado: $ 581,400.00

Producto: *******9276

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

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 ABRIL CTO 3830-2023.pdf	CUENTA ABRIL CTO 3830-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 5905-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5905-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5905-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5905-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5905-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5905-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5905-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	DICIEMBRE CTO 3.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ENERO CTO 5905-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	FEBRERO CTO 3.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	MARZO CTO 5905-2023.pdf	CUENTA MARZO CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ABRIL CTO 5905-2023.pdf	CUENTA ABRIL CTO 5905-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >