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:**	2024-11-01	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	CLAUDIA PATRICIA MORA MORENO		**Número de Documento:**	51902213	
Correo Electrónico:	clapamomo@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3014524662	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7788-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2545
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EBE				
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	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI917	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	21729	$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-10-22		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-11-01	2024-12-09	1	$ 113090	2545

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 912618
2	NOVIEMBRE	$ 3998136

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO

© Siasur - 2024

$ 5997105	**$ 6110195**	**$ 4910754**	**$ 1199441**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	-SE RECIBE CAPACITACION EN LOS LINEAMIENTOS Y FICHAS DEL CONVENIO	-LISTAS DE ASISTENCIA
2	2. Realizar visita domiciliaria familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos	-SE REALIZA LA ATENCIÓN ESTABLECIDA A CADA MIEMBRO PRESENTE EN EL GRUPO FAMILIAR SEGÚN LINEAMIENTO	-BASE DE DATOS DIARIA FORMATOS DE SEGUIMIENTO
3	3. Desarrollar las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, acorde a las actividades definidas en los productos correspondientes	--SE RECIBEN RECOMENDACIONES GENERALES POR PARTE DEL EQUIPO TÉCNICO ATENDIENDO A LAS CORRECCIONES A LAS QUE HAYA LUGAR	-APLICATIVO Y FORMATOS DE SEGUIMIENTO
4	4. Realizar activación de ruta, derivaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	SEGÚN RIESGO O ALTERACION SE REALIZA LAS NOTIFICACIONES Y ACTIVACIONES DE RUTA	FICHAS DE NOTIFICACION, APLICATIVO, DERIVACIONES
5	5. Realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento	SEGÚN RIESGO O ALTERACION SE REALIZA LAS NOTIFICACIONES Y ACTIVACIONES DE RUTA	FICHAS DE NOTIFICACION, APLICATIVO, DERIVACIONES
6	6. Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizado la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.	-DURANTE LA VISITA SE SOLICITA FIRMA DE CONSENTIMIENTO Y SE ENTREGA PLAN DE CUIDADO	--SE ENTREGA SOPORTE DE CONSENTIMIENTO Y REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ENTREGA DE PLAN DE CUIDADO
7	7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	SE RECIBE CAPACITACION EN LOS LINEAMIENTOS Y FICHAS DEL CONVENIO	LISTAS DE ASISTENCIA
8	8. Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	-SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DE MANERA ARTICULADA CON EL EQUIPO DE EQUIPO DE RURALIDAD ATENDIENDO A LAS DIRECTRICES DEL LÍDER OPERATIVO	FORMATOS DE SEGUIMIENTO, APLICATIVO, DRIVE
9	9. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS y recomendaciones del coordinador.	-PROGRAMAR CITA PARA VALORACIÓN DOMICILIARIA SEGÚN BASE DE BÚSQUEDA DE LOS USUARIOS POR RUTEO.	SEGÚN LOS USUARIOS ATENDIDOS QUEDA EL SOPORTE DE LA BASE Y APLICATIVO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-DURANTE LA VISITA SE SOLICITA FIRMA DE CONSENTIMIENTO	--REPORTE DE LAS VALORACIONES DE LOS TAMIZAJES
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-SE REALIZA CANALIZACIÓN POR SIRC A LOS USUARIOS DE OTRAS EAPB QUE CAPITAN EN EL DISTRITO	--CANALIZACIÓN SIRC

© 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	$ 912618
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1068333366	-		
2024	OCTUBRE	2024	11	26				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					NOVECIENTOS DOCE MIL SEISCIENTOS DIECIOCHOPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1300000	$ 208000	**$ 255900**
Salud		SÁNITAS		$ 162500	**$ 200000**
ARL	3	POSITIVA		$ 31668	**$ 39000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550009000139510

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA PATRICIA MORA MORENO	2024-11-26 20:14:08
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-29 08:53:06
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA PATRICIA MORA MORENO	2024-11-29 11:52:12
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-30 23:08:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-01 13:53:45
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	2024-12-11 11:38:57

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

© Siasur - 2024

© Siasur - 2024

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-26, 07:31:25 PM **Tipo Planilla** N **Número Planilla** 1068333366 **Referencia pago(PIN)** 8822651482

Planilla Corregida Nro 1067952257 **Periodo Cotización** 202410 **Periodo Servicio** 202410

Cliente:

PAGADA 2024-11-26

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA PATRICIA MORA MORENO				
Documento	CC 51902213	**Dirección**	CR 38 #12 - 57 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3014524662		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51902213		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MORA MORENO CLAUDIA PATRICIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
							C	X							0	30	30	30	0			$ 1.300.000	231001		16 %	$ 1.599.228	$ 255.900	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.599.228	$ 200.000	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.599.228	$ 39.000	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 255.900	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 494.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

860.013.570-3 TEL 6468000

GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCION Nro. 012220 26/DIC/2022
RESPONSABLE Y AGENTE RETENEDOR DE IVA
SOMOS AGENTES AUTORRETENEDORES RES. 07254 AGOSTO 2005

RECIBO DE CAJA No. 162941

Fecha Emisión: 2024/11/8- Hora : 4:42:24 pm
Cajero: SUBA CLAUDIA MILENA GIRALDO SANTAMARIA

Adquiriente: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS
CC/Nit: 900097333
Referencia Pago (PIN): 8822616132 - Periodo:202410

Direccion: CL 98 22 64 OF 1207
Telefono: 3258989
Observaciones:
RECIBO DE CAJA SIMPLE

CONCEPTOS

REF	DESCRIPCION	Cantidad	Doc Soporte	Valor Recaudo
11301001	SIMPLE - RECAUDO PLANILLA SIMPLE	1	1067952257	457.900

CENTRAL DE SERVICIOS SUBA
08 NOV 2024
RECIBIDO

FORMAS DE PAGO		LIQUIDACIÓN:	
EFECTIVO	457.900	IVA	0
		IMPOCONSUMO	0
		TOTAL RECAUDO	457.900

SON: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS MCTE



Puntored no te cobra por esta transacción Puntored Corresponsal Bancario Scotiabank Colpatria

TRANSACCIÓN EXITOSA

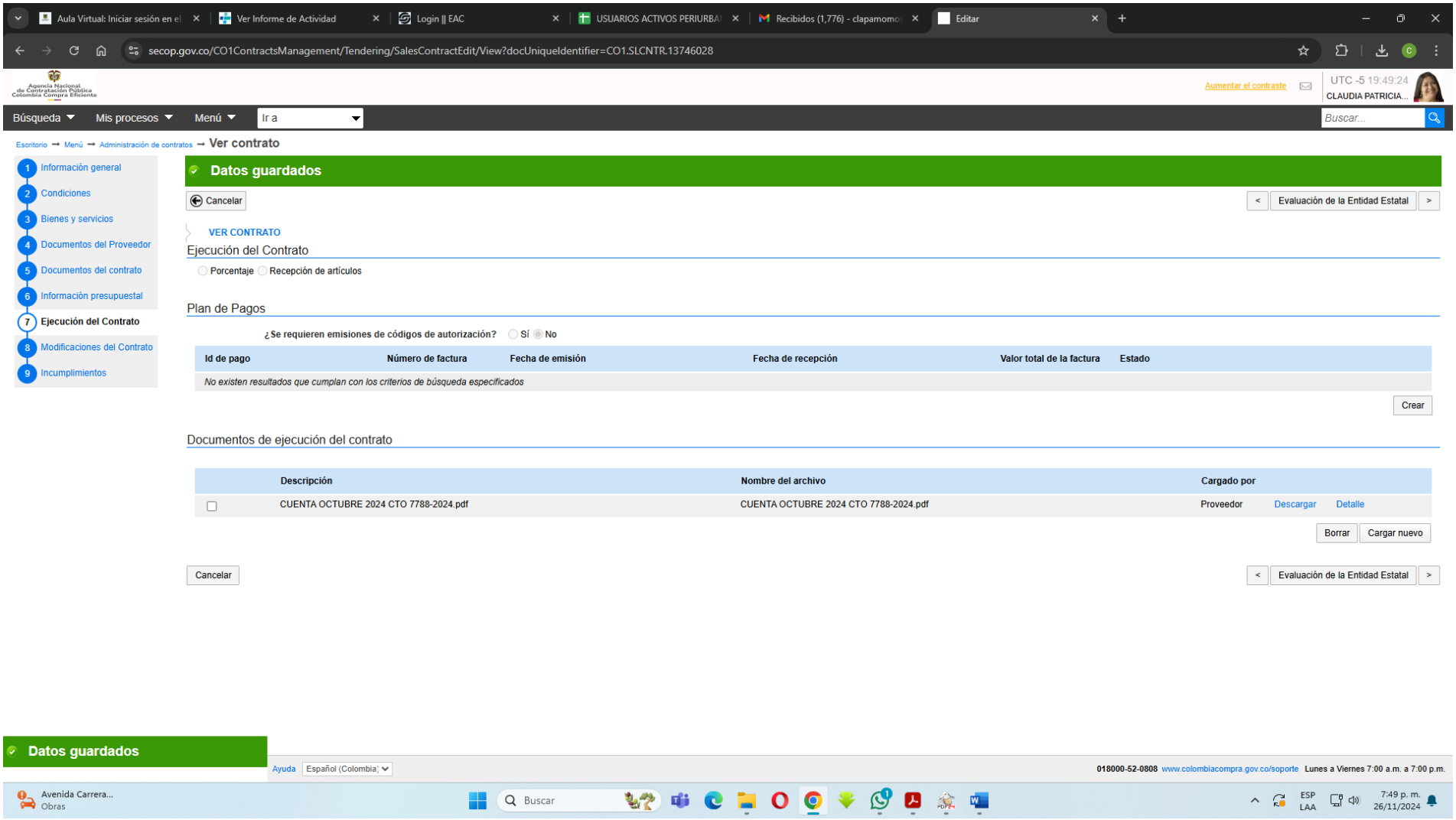
Fecha	**26/11/2024**
Hora	**14:42:22**
Terminal	**382347**
Convenio	**PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE**
Cod. Convenio	**0408**
Referencia	**8822651482**
Valor	**$39,600**
Transacción	**001050380569**
Usuario	**DANIELA ALEJANDRA CUELLAR RUIZ**

Línea de atención personalizada en Bogotá:
3487881 Resto del País: 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de
credito y creditos de consumo del Banco
Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El usuario autoriza a CONEXRED SAS (PUNTORED) para el tratamiento de los datos proporcionados para el envío de soportes electrónicos de las transacciones que realice en el punto, cuando ello sea requerido o solicitado por el Usuario, así mismo para realizar estudios de consumo y analítica de datos a través de los cuales PUNTORED pueda ampliar la oferta financiera, comercial y de servicios que le proporciona, para lo cual podrá contactarlo y adelantar campañas comerciales. Para conocer sus derechos, consulte la Política de Tratamiento disponible en www.puntored.co los cuales podrá ejercer a través del correo servicioal.cliente@puntored.co


Aula Virtual: Iniciar sesión en el
Ver Informe de Actividad
Login || EAC
USUARIOS ACTIVOS PERIURBA
Recibidos (1,776) - clapamomo
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.13746028
Aumentar el contraste
UTC -5 19:49:24
CLAUDIA PATRICIA...
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 OCTUBRE 2024 CTO 7788-2024.pdf
CUENTA OCTUBRE 2024 CTO 7788-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
Datos guardados
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Avenida Carrera...
Obras
Buscar
ESP
LAA
7:49 p. m.
26/11/2024