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	SIA

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-01-01	**Hasta:**	2023-01-31	
Nombre del Contratista:	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ		**Número de Documento:**	1022363360	
Correo Electrónico:	karenlflorez@gmail.com		**Número Telefónico:**	3213708157	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7340-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	2877
Perfil:	PSICÓLOGO				
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
K33PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	PIC	$4311304	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 4311304	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS CUATROPESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-10-12		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-12-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-12-01	2023-01-31	1	$ 0	0
2	2023-01-01	2023-04-02	2	$ 12933909	280

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 2874200
2	NOVIEMBRE	$ 4311304

CamScanner

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	DICIEMBRE	$ 4311304

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11784231	$ 24718140	$ 11496808	$ 13221332

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Servicios de apoyo Equipos de Atención en Casa - Atención Individual Profesional en Psicología.	-Se realiza agendamiento y visitas para la valoración inicial y sesiones de seguimiento por psicología EAC.	-Base de datos, formatos de valoración inicial en físico, historias clínicas.
2	2. Pasos para el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-Valoración inicial a través de la aplicación de pruebas ZUNG, HAMILTON y evaluación de ideación suicida.	-Pruebas en físico diligenciadas, historias clínicas soportes digitales, verificación base de datos.
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo.	-Intervenciones iniciales de valoración con familias focalizadas en base de datos. Planteamiento de objetivos específicos según necesidades evidenciadas	-Verificación soportes digitales base de datos visitas efectivas.
4	4. Intervención Psicológica: Sesión 1 Manejando el estrés, Sesión 2 Enfrentando problemas, Sesión 3 Seguir andando, continuar haciendo, Sesión 4 Fortaleciendo el apoyo social.	-Concertación de las siguientes sesiones de seguimiento en intervención individual, bajo los lineamientos de la guía operativa de salud mental Enfrentando Problemas Plus EP-Plus, y teniendo como base GI-MHGAP.	-Soportes digitales historia clínica.
5	5. Seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP.	-Visitas de proceso de valoración primera sesión.	-Resultados en formatos en físico y soportes digitales de pruebas aplicadas primera sesión.
6	6. Programar visitas complementarias a los hogares que requieran aplicación de pruebas por alertas en salud mental y/o presencia de personal en condición de dependencia/discapacidad y sus cuidadores.	-Preparación para aplicar pruebas complementarias en caso de que aplique.	-Pruebas dentro de las carpetas digitales, consulta de las mismas.
7	7.Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	-Aplicación de pruebas complementarias en caso de que aplique, como WHODAS, BARTHEL, ZARIT etc	-Soportes digitales y en físico de resultados de las pruebas en caso de que aplique.
8	8. Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado.	-Realización de compromisos establecidos con supervisores en el Comité del Cuidado, según las necesidades de los casos presentados y las directrices dadas.	-Historia clínica.
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-Identificar casos que requieran presentación en el Comité del Cuidado	-Priorización y presentación de casos.
10	10. Analizar diariamente la información recolectada con el fin de disponer a tiempo de las variables necesarias para la construcción colectiva de las citadas recomendaciones.	-Organización de carpetas digitales y documentación en físico según requerimientos.	-Carpetas digitales historia clínica.

Powered by CamScanner

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad. 9.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.	-Organización de carpetas digitales y documentación en físico según requerimientos.	-Carpetas digitales historia clínica.
12	12. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Actualización diaria de carpetas e historias clínicas por usuarios visitados.	-Carpetas digitales historia clínica.
13	13. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatría. *Se debe dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la secretaria de salud. Realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, entre otros, a las poblaciones en los territorios priorizados.	-No se aplica dentro del mes.	-No aplica.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 4311304
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	65024290		
2022	DICIEMBRE	2023	01	26			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS 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	$ 1724522	$ 275924	$ 276000
Salud		COMPENSAR		$ 215565	$ 215600
ARL	3	POSITIVA		$ 42009	$ 42100
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 500491**	$ 533700

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24111231306

KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ
1022363360

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

Digitized by CamScanner

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022363360	KAREN EDIANA FLOREZ CRUZ	CRA 74 # 160 - 83 T 2 APTO 405	6035444	KEFLOREZC@UNAL.EDU.CO	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	26/01/2023	65024290	$533.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	215.600	0		0		0	0	0	0	215.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	276.000	0	0	0	0	0	0		276.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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										
14-23	Positiva Seguros	9600111536	42.100				42.100	0	0	42.100			421	42.100	1

TOTALES CAJAS							
Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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	215.600	215.600
Pension	1	276.000	276.000
Riesgos Laborales	1	42.100	42.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	533.700	533.700

Powered by CamScanner

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	1022363360	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	CRA 74 # 160 - 83 T 2 APTO 406	8035444	KLFLOREZC@UNAL.EDU.CO	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - 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	
2023-01	2023-01	I	26/01/2023	65074290	$533.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL		CÓDIGO NOVEDAD	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. 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	1022363360	FLOREZ CRUZ KAREN LILIANA	56	0			N																		25-14	1.724.522	276.600	0	0	0	0	EPS003	1.724.522	215.600	14-23	1.724.522	3	12.100		0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Custodio de la información

Powered by CamScanner

Gmail

Karen Flórez <karenlflorezc@gmail.com>

Confirmación Transacción PSE - CUS 1883198923

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 26 de enero de 2023, 15:22
Para: karenlflorezc@gmail.com

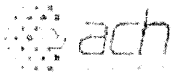


¡Hola, Karen Liliana Flórez Cruz

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: 1883198923
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 533.700
Fecha de Transacción: 26/01/2023

CamScanner



Powered by CamScanner

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	1022363360	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ		CRA 74 a 160 - 83 T 2 APTO 406	6035444	KLFLOREZC@UNAL.EDU.CO	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-12	2022-12	I	06/01/2023	64626358	$533.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	215.600	0		0		0	0	0	0	215.600	1

TOTALES PENSION

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	276.000	0	0	0	0	0	0		276.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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										
14-23	Positiva Seguros	8600*1153-6	42.100				42.100	0	0	42.100			421	42.100	1

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	215.600	215.600
Pension	1	276.000	276.000
Riesgos Laborales	1	42.100	42.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	533.700	533.700

Powered By CamScanner

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	1022303360	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	CRA 74 # 160 - 83 T 2 APTO 406	8035444	KLFLOREZC@UNAL.EDU.CO	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTA, 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	
2022-12	2022-12	I	06/01/2023	64026358	533 700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACION NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegio	Sueldo	Integral	Salario Alto	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SUS	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SLN	IGE	LMA	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Codigo CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022353360	FLOREZ CRUZ KAREN LILIANA	SI	0			X																	23-14	1 724 522	276 000	0	0	0	0	EPS008	1 724 522	213 600	14-23	1 724 522	3	42 100		0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar. Cualquier uso no autorizado

Powered by CamScanner

Gmail

Karen Flórez <karenlflorezc@gmail.com>

Confirmación Transacción PSE - CUS 1851704603

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: karenlflorezc@gmail.com

6 de enero de 2023, 12:33



¡Hola, Karen Liliana Flórez Cruz

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: 1851704603
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 533.700
Fecha de Transacción: 06/01/2023





Powered by CamScanner

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requiere en ambiones de copias de autorización? Si No

Id de pago	Numero de factura	Fecha de emision	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 OTO 7340-2022.pdf	CUENTA OCTUBRE OTO 7340-2022.pdf	Proveedor	
	CUENTA NOVIEMBRE 7340-2022.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 7340-2022.pdf	Proveedor	
	CUENTA DICIEMBRE OTO 7340-2022.pdf	CUENTA DICIEMBRE OTO 7340-2022.pdf	Proveedor	

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

SVORTEL 2019

01E000-52-C8C8 Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 p.m.

CUENTA DICIEMBR....pdf

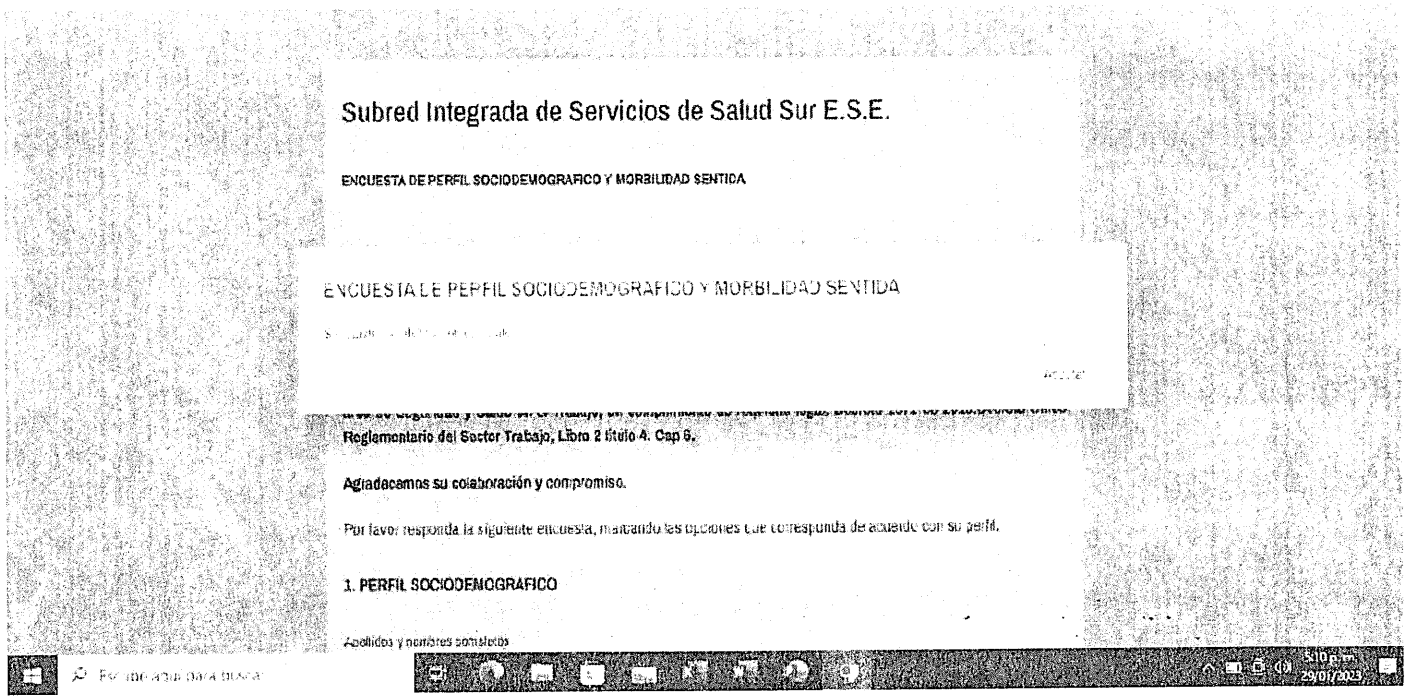
Mostrar todo

15°C Prac despejado

ESP

7:12 p. m.
27/01/2023

CamScanner



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

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA

Reglamentario del Sector Trabajo, Libro 2 titulo 4. Cap 6.

Agradecemos su colaboración y compromiso.

Por favor responda la siguiente encuesta, marcando las opciones que corresponda de acuerdo con su perfil.

1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Apellidos y nombres completos

Powered by CamScanner