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:**	2023-02-01	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ		**Número de Documento:**	1022363360	
Correo Electrónico:	karenlflorezc@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

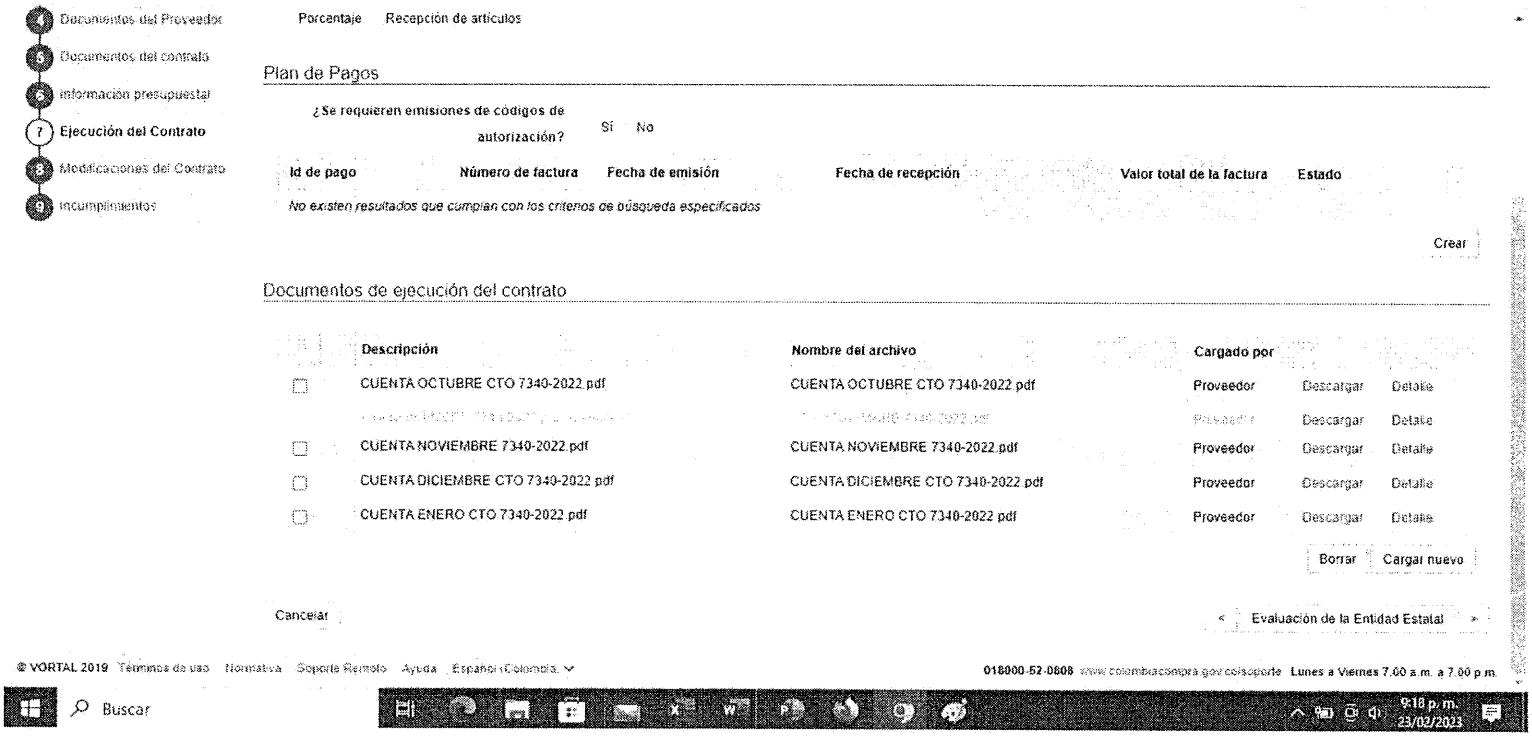
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K33PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	PIC	$4311304	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4311304**	**CUATRO MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS CUATROPESOS**		

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


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
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
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 CTO 7340-2022.pdf
CUENTA OCTUBRE CTO 7340-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA NOVIEMBRE 7340-2022.pdf
CUENTA NOVIEMBRE 7340-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Inicio
Buscar
9:18 p. m.
23/02/2023


4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
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 CTO 7340-2022.pdf
CUENTA OCTUBRE CTO 7340-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA NOVIEMBRE 7340-2022.pdf
CUENTA NOVIEMBRE 7340-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DICIEMBRE CTO 7340-2022.pdf
CUENTA DICIEMBRE CTO 7340-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA ENERO CTO 7340-2022.pdf
CUENTA ENERO CTO 7340-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Buscar
9:18 p. m.
23/02/2023

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	DICIEMBRE	$ 4311304
4	ENERO	$ 4311304

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11784231	$ 24718140	$ 15808112	$ 8910028

	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 clinica
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.

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		
2023	ENERO	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

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

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estás siendo redirigido a un sitio que suplanta a su Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Recuerda cambiar tus contraseñas constantemente.



TransaccionesACH @ACH_Informa

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	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	
2023-01	2023-01	I	26/01/2023	65024290	$533.700	

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					
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	Días 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

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.100				42.100	0	0	42.100			421	42.100	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	215.600	215.600
Pensión	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

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	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		
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	
2023-01	2023-01	I	26/01/2023	65024290	$533.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suscipo	Extranjero	Colom. exterior	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	1022363360	FLOREZ CRUZ KAREN LILIANA	59	0			N																	25-14	1.724.522	276.000	0	0	0	0	EPS008	1.724.522	215.600	14-23	1.724.522	3	42.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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