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:**	2023-02-06	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE		**Número de Documento:**	1023020974	
Correo Electrónico:	karomg03@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3023741693	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3600-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	579
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
K33PJ	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	S3154612	87.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3154612	TRES MILLONES CIENTOCINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS DOCEPESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-06	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-04-02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8622608	$ 8622608	$ 0	$ 8622608

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Servicios de apoyo Equipos de Atencion en Casa - Atencion Individual Profesional en Psicologia	-realizar revisión de bases de datos de usuarios que requieran seguimiento	-Articulación con psicólogos para la atención de pacientes

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	Pasos para el abordaje de las personal con Depresion y Ansiedad	--Aplicar tamizajes que arrojen como resultado que requieren seguimient	-Soportes en fisico y en dinamica de los abordajes realizados
3	Plan de Manejo: Evaluacion EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacologicas, Fortalecimiento de redes de apoyo	-Realizar actividades con el paciente durante las sesiones de acuerdo al plan de manejo brindado por mhGAP	-Soporte en dinamica de lo seguimientos y abordajes realizados
4	Intervencion Psicologica: Sesion 1 Manejando el estres, Sesion 2 Enfrentando problemas, Sesion 3 Seguir andando, continuar haciendo. Sesion 4 Fortaleciendo el apoyo social.	-Aplicación de pruebas como hamilton y zung para realizar abordaje	-Soporte fisico de aplicación de pruebas y seguimientos en dinamica
5	Seguimiento: Evaluacion Pre-EP, Evaluacion Post-EP	--Realizar valoracion y en dado caso realizar la canalizaciòn al entorno o proyecto encargado de discapacidad y sus respectivos cuidadores	-Correo o formatos de la debida notificación al entorno o proyecto para a su respectiva atención
6	Programar visitas complementarias a los hogares que requieran aplicacion de pruebas por alertas en salud mental y-o presencia de personal en condicion de dependencia-discapacidad y sus cuidadores	-Realizar 7 sesiones con el usuario de acuerdo al plan de manejo mhGAP	-Diligencia miento de dinámica de historia clinica y seguimientos
7	Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recoleccion de informacion segun corresponda	-Realizar comité mensual interdisciplinar con el psiquiatra con el fin de comentar los casos nuevos	--Actas de reunión y listado de asistencia a comité
8	Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentacion de los casos en el Comite de Cuidado	-Socializacion de casos atendidos por el plan de manejo mhGAP	--Actas de reunion y listado de asistencia a comité de cuidado
9	Analizar diariamente la informacion recolectada con el fin de disponer a tiempo de las variables necesarias para la construccion colectiva de las citadas recomendaciones	-Revisar junto con el equipo territorial las bases de usuarios que requieren la debida atencion y por que perfiles de atencionteniendo en cuenta la resolutividad y el PID de cada usuario	--Actas de reuniones realizadas y formatos de listado de asistencia
10	Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestion documental de la entidad. 9.Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guia operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demas lineamientos que expida esta o la Subred Sur	-Semanal se diligencian los debidos formatos e las visitas y los seguimientos	-Se entregan formatos semanal para su respectivo archivo
11	Registrar oportunamente la informacion pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad	-Cumplir con la meta de atencion de usuarios segun el lineamiento de ruralidad	-Soportes de visitas efectivas realizadas
12	Participar de la mesa tecnica programada por el profesional de psiquiatria	-Diligenciar de manera efectiva y asertiva el formato de historia clinica y de seguimientos realizados	--Descarga de formatos de historia clinica y seguimientos de cada uno de los pacientes

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	Dar cumplimiento a la ejecucion de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programatica entregada por la Secretaria de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoracion integral, planificacion de la atencion, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados	-Diligenciar de manera efectiva y asertiva el formato de historia clinica y de seguimientos realizados	- -Soportes de visitas efectivas realizada
14	Participar activamente en el Comite de Cuidado Semanal. 10. Analizar diariamente la informacion recolectada con el fin de disponer a tiempo de las variables necesarias para la construccion colectiva de las citadas recomendaciones	-De manera mensual se realizaran comites en compañia de el psiquiatria para dialogar con base a los pacientes que requieren de seguimiento por psiquiatria	-Actas de reunion realizada y listado de asistencia al comite

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	$ 5389176
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	65258337		
2023	ENERO	2023	02	10			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTOSETENTA Y SEISPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 2155670	$ 344907	$ 345000
Salud		COMPENSAR		$ 269459	$ 269500
ARL	3	SURA		$ 52512	$ 52600
Caja de Compensación	NO		Total	$ 625619	$ 667100

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24076037896

MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE
1023020974

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

9:50 LTE

serviciopse@achcolombia... 10 de feb.
Para Tu usuario



¡Hola, MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE

Gracias por utilizar los servicios de BANCO CAJA SOCIAL y PSE. los siguientes son los datos de tu transaccion:

Estado de la Transaccion: Aprobada
CUS: 1911006245
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transaccion: $ 667.100
Fecha de Transacción: 10/02/2023

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplante a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

ach

Transaccionesach @ACH_Informa

Responder

Correo Buscar Calendario

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	1023020974	MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE	CLL 75 A N 10 A 65	2841141	karomg03@hotmail.com	
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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	10/02/2023	65258337	$667.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sueldo	Extranjero	Cotiz. 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	1023020974	GOMEZ SANTAFE MAIRA CAROLINA	59	0			N																	25-14	2.155.670	345.000	0	0	0	0	EPS008	2.155.670	269.500	14-11	2.155.670	3	52.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
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 AGOSTO CTO 4462-2022.pdf (Archivado)	CUENTA AGOSTO CTO 4462-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 7011-2022.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 7011-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 7011-2022.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 7011-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA NOVIEMBRE 7011-2022.pdf	CTA NOVIEMBRE 7011-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DIC CTO 7011-2022.pdf	CUENTA DIC CTO 7011-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 7011-2022.pdf	CUENTA ENERO CTO 7011-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1023020974	MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE	CLL 75 A N 10 A 65	2841141	karomg03@hotmail.com	
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-01	2023-01	I	10/02/2023	65258337	TOTAL A PAGAR	
					$667.100	

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	269.500	0		0		0	0	0	0	269.500	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	345.000	0	0	0	0	0	0		345.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	52.600				52.600	0	0	52.600			526	52.600	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	269.500	269.500
Pensión	1	345.000	345.000
Riesgos Laborales	1	52.600	52.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	667.100	667.100

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