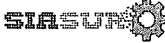


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-06-01	Hasta:	2023-06-30			
Nombre del Contratista:	CARLOS MAURICIO DAZA BELLO			Número de Documento:	1020728050		
Correo Electrónico:	CARLOSMSS747@GMAIL.COM			Número Telefónico:	3115195594		
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL		Código Grado:		
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	5974-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1393		
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)						
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD						
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA						
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos			
K33PI0022	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	\$3259230	70.7%			
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3259230	TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS TREINTAPESOS					
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	\$ 16947996	1788		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar			
1	MAYO			\$ 3108804			

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 4613064		\$ 21561060	\$ 3108804	\$ 18452256
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Prestar servicio de apoyo de Equipos de Atención en Casa - Atención Individual Profesional en Psicología	- Realizar visitas domiciliarias agendadas,	Historias clínicas y drive diligenciados.	
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	- Valoración inicial para captura de información inicial.	- Tamizajes de Zung y Hamilton aplicados y registrados en el respectivo drive.	
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo	- Evaluaciones para adultos.	- Base de datos visita efectiva.	
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.	- Intervención breve para adultos, enfrentando problemas, 90 minutos cada sesión.	- Base de datos e historias clínicas registradas.	
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP	- Aplicación de evaluaciones.	- Resultados de evaluaciones registrados en drive.	
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.	- Acordar con el usuario fecha y hora de las visitas.	- Informar al equipo de agendamiento.	
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	- Realizar visitas domiciliarias a los usuarios.	- Resultados de tamizajes y base de datos.	
8	8. Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado	- Priorizar casos para posible intervención	- Acta de comité de cuidado.	
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	- Asistir al comité de cuidado, presentar información de cada caso.	- Información presentada y acta de comité de cuidado.	
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.	- Recolectar información.	- Historia clínica de cada usuario	
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	- Organizar documentos.	- Carpeta con documentos organizados.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	12. 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.	- Realizar actividades según la guía operativa.	- Visitas realizadas, drive e historias clínicas.
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	- Registrar información en drive establecido.	- Información registrada en drive.
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatría.	- Participar activamente en la mesa técnica.	- Acta de mesa técnica.
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.	- Realizar las visitas y demás actividades establecidas y programadas de acuerdo a los lineamientos.	- Visitas realizadas, información registrada en drive e historias clínicas.

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		3108804	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	68540581				
2023	MAYO	2023	06	13					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES CIENTOOCHO MIL OCHOCIENTOS CUATROPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1243522	\$ 198964	\$ 248300	
Salud					COMPENSAR		\$ 155440	\$ 194400	
ARL				3	SURA		\$ 30292	\$ 37900	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 360895	\$ 481100	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24104726060	



CARLOS MAURICIO DAZA BELLO
1020728050



LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-05	I	13/09/2023	68540581	\$481.100

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	194.400	194.400
Pensión	1	248.800	248.800
Riesgos Laborales	1	37.900	37.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	481.100	481.100

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020728050	CARLOS MAURICIO DAZA BELLO	CRA 12 F # 30 15 SUR INT 2 APTO 209	4788789	CARLOSMSN747@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLAZADOS 1
					UPC 0
					TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-05	I	13/06/2023	68540561	\$481.100

DETALLE POR COTIZANTE																															
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES			
No.	Apellidos y Nombres			Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de jubilación	Fondo pensional de solidaridad	Cotización	Voluntari o Afiliado	Cotización	Cód. EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	Cód. ARL	Código Cotización	Código CCF	IBIC CCF	IBIC CCF	IBIC CCF	IBIC CCF	IBIC CCF	IBIC CCF	IBIC CCF	IBIC CCF	IBIC CCF	IBIC CCF	IBIC CCF	IBIC CCF		
1	CC	1020728050	DAZA BELLO CARLOS MAURICIO	248.800	0	0	0	0	248.800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa

Apreciado cliente, Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA

10 junio 2023 1:32 pm

DIRECCIÓN IP: 191.108.57.181

NÚMERO DE TRANSACCIÓN

APII31613275/9225076

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN

507631VF

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-01
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$491.100,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	68540581
FECHA DE LA SOLICITUD	10 junio 2023
REFERENCIA 1	191.108.57.181
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1020738050
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	2131158343
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Protección Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *****6060



Charmel Corpom Finance

UTC-5

CARLOS VILLALBA D. pdf

Búsqueda

Mis procesos

Menu

It a

Estructura - Menu - Asignación de contratos - Ver contrato

Datos guardados

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

SI 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 7341-2022.pdf

CUENTA ABRIL CTO 7341-2022.pdf

Proveedor Detallar Datos

Proveedor

Detallar Datos

Detallar Datos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

Borrar

Cargar nuevo

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

ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

TIPO DE VINCULACIÓN

ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

SEDE

Pregunta requerida

NIVEL DEL CARGO