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:**	2023-06-01	**Hasta:**	2023-06-30	
Nombre del Contratista:	KAREN LEJANA FLOREZ CRUZ		**Número de Documento:**	1022360360	
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:	5073-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K33PB0022	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$4613064	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4613064**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		**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	$ 177.0126	1788
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 38609.34	

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	$ 3860934
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	68807370		
2023	MAYO	2023	06	26			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL NOVECIENTOS TREINTA Y 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	$ 1544374	$ 247100	$ 247300
Salud		COMPENSAR		$ 193047	$ 193600
ARL	3	POSITIVA		$ 37621	$ 38200
Caja de Compensacion	NO		Total	$ 448209	$ 448100

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

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	$ 22313190	$ 3860934	$ 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	-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. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-Valoración inicial a través de la aplicación de pruebas ZUNG, HAMILTON, WHODAS 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 fortalezas 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. Realizar 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 reconocidas entes.	-Organización de carpetas digitales y documentación en físico según requerimientos.	-Carpetas digitales historia clínica.
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad	-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
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.	-Revisión de guía operativa vigente y planificación-ejecución de actividades de acuerdo a la misma.	-Historia clínica. Anexo 27, fichas de notificación sistema de vigilancia de eventos de interés en salud pública.
13	13. 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
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatría.	-Participación en capacitaciones y espacios de fortalecimiento técnico liderados por el especialista en psiquiatría, dentro del espacio de los Comités del Cuidado.	-Listados de asistencia.
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.	-Planificación, ejecución y registro de actividades realizadas en territorio de acuerdo a las obligaciones contenidas en matriz programática entregada por la Secretaría de Salud.	-Historias clínicas. Anexo 27, fichas de notificación sistemas de vigilancias de eventos de interés en salud pública, remisiones a otras áreas.

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	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
[illegible]	E - Independiente			[illegible]	[illegible]	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IPC
						0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	$484.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencias Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS005	Compensar EPS	8600065427	[illegible]	0		0		0	0	2.300	0	195.600	1

TOTALES PENSION												
Codigo AFP	Nombre	Nit	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencias	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	Colpensiones	900336004	[illegible]	0	0	[illegible]	0		$ 200	0	[illegible]	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Subtotal Cotizacion	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										
[illegible]	Positiva Seguros	860011153-6	37.100				37.100	11	800	38.200			0	38.200	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, SRP y Mora	Total a Pagar
Salud		195.600	195.600
Pensión		250.200	250.200
Riesgos Laborales		38.200	38.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	0	484.000	484.000

Escaneado con 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	1022 963369	KAREN JULIANA FLOREZ CRUZ		CARRERA 17#174-30	3001138	KJFLOREZC@UNAL.EDU.CO	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/ANO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	1	26/03/2021	85971371	$484.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																		PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificacion	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	Dias Cotizados	Cod. AFP	IBC AFP	Cotizacion	Valor Aporte Afiliado	Valor Aporte Aportante	Periodo pensional de cotizaciones	Periodo pensional de cotizaciones	Cod. EPS	IBC EPS	Cotizacion / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotizacion	Codigo CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022963369	FLOREZ CRUZ KAREN JULIANA	X	0																				25	-	$484.374	121.100	0	0	0	0	EPS005	$484.374	121.100	4-03	$484.374	1	31.100		0	0	0	0	0	0

Escaneado con CamScanner

Gmail

Karen Flórez <karenlflorezc@gmail.com>

Confirmación Transacción PSE - CUS 6677523

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 24 de junio de 2023, 9:14
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: 6677523
Empresa: COMPENSAR-O
Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social
Valor de la Transacción: $ 464.100
Fecha de Transacción: 24/06/2023

CamScanner

Banco Caja Social

Pago de servicios electronicos

Resultado de la transaccion

FECHA Y HORA

DIRECCION IP 186.84.21.43

NUMERO DE TRANSACCION

NUMERO DE CONFIRMACION

NOMBRE DEL COMERCIO	
NIT DEL COMERCIO	
CÓDIGO DEL SERVICIO	
VALOR DE LA TRANSACCION	
VALOR DEL IMPUESTO	
REFERENCIA DE PAGO	
FECHA DE LA SOLICITUD	
REFERENCIA 1	
REFERENCIA 2	
REFERENCIA 3	
CODIGO DE LA TRANSACCION (CUS)	
CICLO DE LA TRANSACCION	
DESCRIPCION DEL PAGO	
CUENTA ORIGEN	

CardScanner

Bienvenida | Mis procesos | Varios

Ver contrato

Fecha de Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por

CamScanner





ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

Scanned by CamScanner

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

ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

Se registro la información con exito

Aceptar

AREA

- ◯ Asistencial
- ◯ Administrativa

Pregunta requerida

SEDE

Pregunta requerida

NIVEL DEL CARGO