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:**	2023-07-01	**Hasta:**	2023-07-31	
Nombre del Contratista:	INGRID HOLANDY DIAZ MURCIA		**Número de Documento:**	52200742	
Correo Electrónico:	ingrdiam@gmail.com		**Número Telefónico:**	3143822359	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5993-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)				
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
K33PI0022	DIRECCIÓN DE GESTIÓN 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		2023-05-06		**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	$ 15895014	1788
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 2055822	

Powered by CamScanner

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	$ 20508078	$ 2055822	$ 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.	-Atención a los pacientes que sean remitidos por el medico del programa en las diferentes modalidades de contacto ruteo – casa a casa que estén asociados en las bases de datos	-Realizar las visitas a cada uno de los pacientes que requieran valoración y seguimientos en el área de salud mental
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-Aplicar los test de las escalas de medición a la población que se requiera atender	-Realizar atención en domicilio de los pacientes que tengan este tipo de dx , hacer la valoracion conforme a los resultados de las pruebas.
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP. Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas. Fortalecimiento de redes de apoyo.	-Evaluar a la población que requiera la atención desde el programa de salud mental	-Aplicar test y realizar valoración integral en salud mental a la población remitida.
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.	-Realizar las intervenciones necesarias para cada paciente durante las sesiones pertinentes para cada paciente	-Hacer las respectivas historias para cada atención
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP.	-Agendar y programar con los pacientes – y entorno cuidadores las sesiones pertinentes y necesarias para la atención y seguimientos en salud mental	-Realizar psicoeducación respectiva a paciente y cuidadores de estado y evolución de condicon de salud mental
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.	-Cumplir con las visitas agendadas para la atención de cada uno de los pacientes programados	-Diligencias formatos e historia clínica en los aplicativos correspondientes
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información segun corresponda:	-Analizar cada caso y validar si debe ser presentados para socializar y generar nuevos aprendizajes de abordaje en la atención en salud mental	-Realizar las historias clínicas teniendo en cuenta las recomendaciones proporcionadas en las capacitaciones de psiquiatra
8	8. Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria. de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado	-Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado	-Participar en las capacitaciones destinadas para fortalecer aprendizajes -Firmar listas de asistencia
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-Analizar y proveer las diferentes situaciones que se puedan presentar en el desarrollo de una atención.	-- Planear y agendar con los pacientes y cuidadores para que cada cita sea efectiva
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.	-Organizar los documentos requeridos para cada atención y seguimiento.	-Presentar los documentos que se utilizaron en cada atención
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	-Seguir los lineamientos de la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud	-Realizar las atenciones conforme a los lineamientos establecidos

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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 Secretaria Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	-Mantener actualizados cada uno de los aplicativos establecidos	-Alimentar los aplicativos establecidos con la información real y actualizada de cada paciente
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Alimentar los aplicativos establecidos con la información real y actualizada de cada paciente	-Mantener actualizados cada uno de los aplicativos establecidos Participar en las sestiones que programe el especialista
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-Participar en las actividades destinadas por el especialista	-Asistir y participar en las sesiones que programe el especialista
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.	-Cumplir con las obligaciones establecidas por la secretaria de salud	-Realizar y dar cumplimiento a las atenciones de los pacientes que requieran el servicio en los territorios abordados en el programa

Powered by CamScanner

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	$ 0
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9453561301		
2023	JUNIO	2023	07	17			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CEROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1160000	$ 185600	$ 268800
Salud		SALUD TOTAL		$ 145000	$ 210000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 41000
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 519800

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0036160265

Ingrid Diaz Murcia

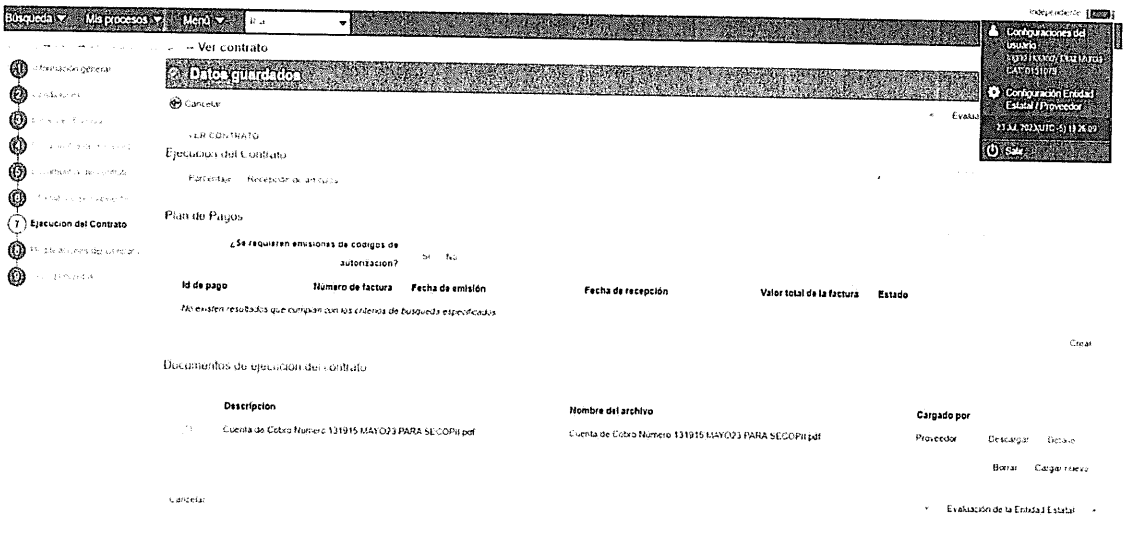
INGRID HOLANDY DIAZ MURCIA
52200742

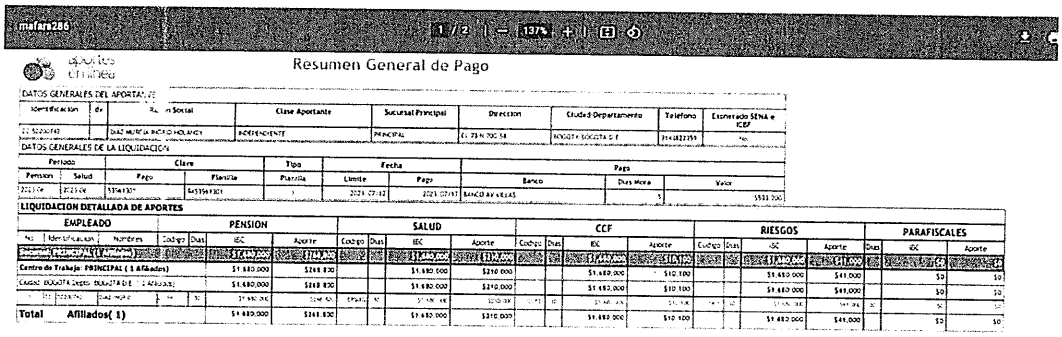
Laydi Martinez

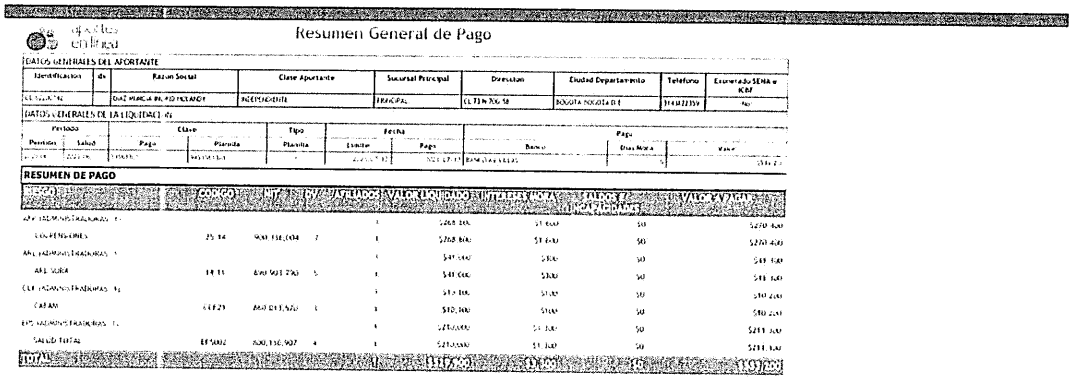
LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

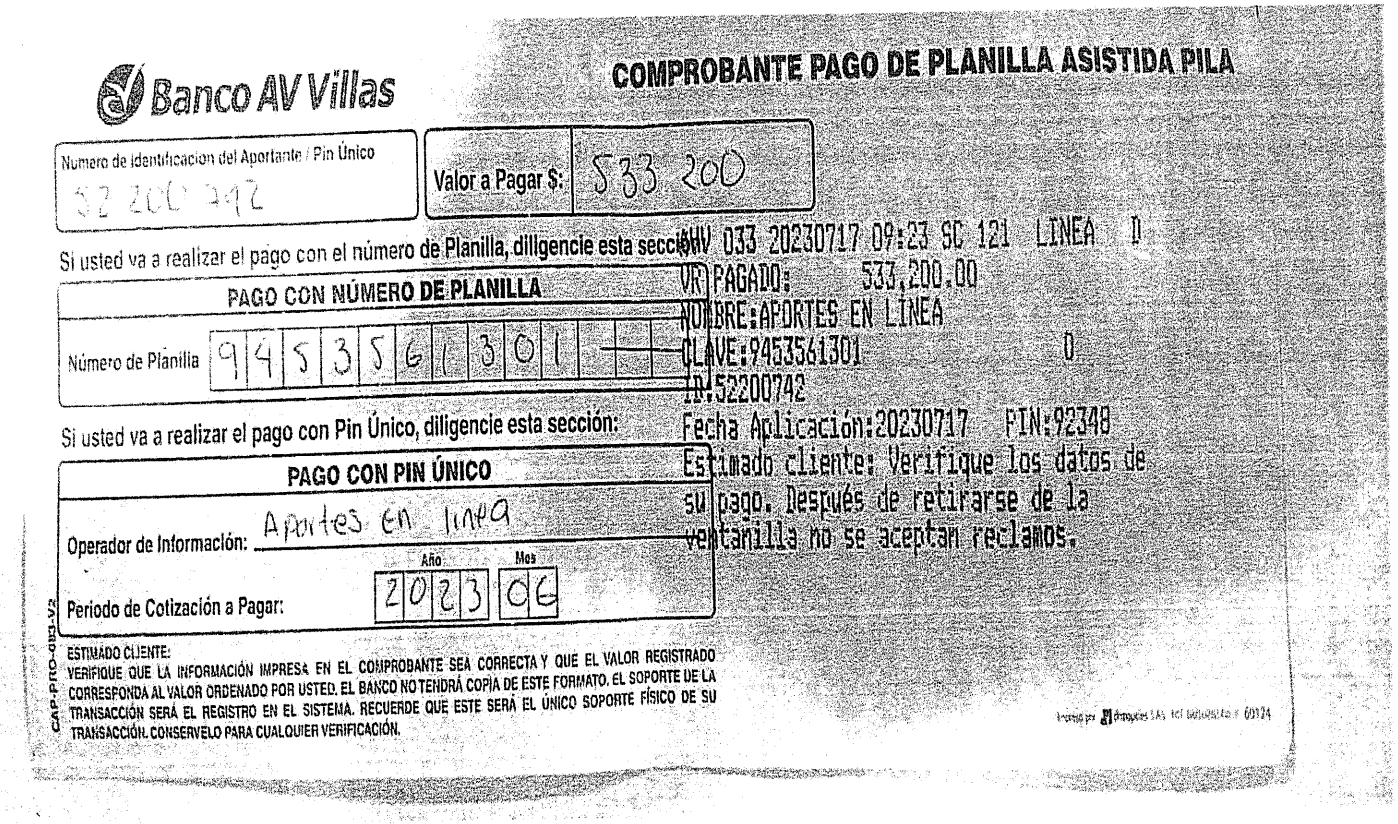
Powered by CamScanner

Powered by CamScanner


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ver contrato
Datos guardados
Cancelar
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de codigos de autorizacion?
Si
No
Id de pago
Numero de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de busqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripcion
Nombre del archivo
Cargado por
Cuenta de Cobro Numero 131915 MAYO23 PARA SECOPII.pdf
Proveedor
Descargar
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal


mafer285
1 / 2
137%
Resumen General de Pago
DATOS GENERALES DEL APORTANTE
Identificación
Razón Social
Clase Aportante
Sucursal Principal
Dirección
Ciudad-Departamento
Teléfono
Ecenerado SENA e ICBF
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN
Periodo
Clave
Tipo
Fecha
Pago
Pensión
Salud
Pago
Planilla
Planilla
Límite
Pago
Banco
Días Mora
Valor
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES
EMPLEADO
PENSION
SALUD
CCF
RIESGOS
PARAFISCALES
No
Identificación
Nombres
Codigo
Dias
IBC
Aporte
Codigo
Dias
IBC
Aporte
Codigo
Dias
IBC
Aporte
Codigo
Dias
IBC
Aporte
Dias
4%
Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)
$1.680.000
$268.800
$1.680.000
$210.000
$1.680.000
$10.100
$1.680.000
$40.000
$0
$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)
$1.680.000
$268.800
$1.680.000
$210.000
$1.680.000
$10.100
$1.680.000
$40.000
$0
$0
Total Afiliados(1)
$1.680.000
$268.800
$1.680.000
$210.000
$1.680.000
$10.100
$1.680.000
$40.000
$0
$0


Resumen General de Pago
DATOS GENERALES DEL APORTANTE
Identificación
Razón Social
Clase Aportante
Sucursal Principal
Dirección
Ciudad-Departamento
Teléfono
Ecenerado SENA e ICBF
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN
Periodo
Clave
Tipo
Fecha
Pago
Pensión
Salud
Pago
Planilla
Planilla
Límite
Pago
Banco
Días Mora
Valor
RESUMEN DE PAGO
SALUD TOTAL
EPSM02
800.156.907



Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Numero de identificacion del Aportante / Pin Único: 52200742

Valor a Pagar $: 533 200

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9 4 5 3 5 6 1 3 0 1

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: Aportes en linea

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2023 Mes 06

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-093-V2

AV 033 20230717 09:23 SC 121 LINEA D
VR PAGADO: 533,200.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9453561301 0
ID:52200742
Fecha Aplicación:20230717 PIN:92348
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

Impreso por [illegible] 09124

10:44 AM

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

PRELIMINAR - ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES

Sede

PRELIMINAR - ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES

Se registró la información con éxito

Aceptar

Cargo

Pregunta requerida

Nombre completo

Pregunta requerida

Número documento de identidad