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:**	2023-08-01	**Hasta:**	2023-08-31	
Nombre del Contratista:	LORENA ALEJANDRA LEON PLAZAS		**Número de Documento:**	52811661	
Correo Electrónico:	LORENALEON0430@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3108053450	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5967-2023	**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		2023-05-05		**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	$ 16947996	1788
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 3108804	
2		JUNIO		$ 4613064	
3		JULIO		$ 4613064	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 21561060**	**$ 12334932**	**$ 9226128**

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	-DE ACUERDO A LAS REMISIONES DE MEDICINA GENERAL Y ENFERMERIA, MAS LAS BASES DE DATOS DE RUTEO SE REALIZAN VISITAS DE VALORACION DE PSICOLOGIA Y SEGUIMIENTO A CASOS.	-DRIVE CON DILIGENCIAMIENTO EN FECHA DE ATENCION Y DILIGENCIAMIENTOS DE VARIABLES DE DRIVE.
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-DE ACUERDO A LA IDENTIFIACCION DE CASOS CON RASGOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION, SE REALIZA ATENCION DE PSICOLOGIA EN 4 O 7 SESIONES DE A CUERDO A NECESIDAD, CON PROGRAMA EP PLUS.	-SE APLICA TAMIZAJE DE ZUNG Y HAMILTON A MAYORES DE 14 AÑOS, SIN DISCAPACIDAD COGNITIVA. ANEXO A CONSENTIMIENTO INFORMADO SE ADICIONAN PRUEBAS DE TAMIZAJE.
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo	-DENTRO DEL ACOMPAÑAMENTO PSICOTERAPEUTICO SE APLICAN FORMATOS DE CONDUCTA SUICIDA, EVALUACION EP , PSICOEDUCACION Y FORMATO DE FUNCIONAMIENTO.	-SE ANEXAN FORMATOS MENCIONADOS AL CONSENTIMIENTO INFORMADO.
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.	-SE APICA PROGRAMA EP PLUS EN 4 O 7 SESIONES DE ACUERDO A NECESIDAD Y RASGOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN TAMIZAJE.	-SE APICA PROGRAMA EP PLUS EN 4 O 7 SESIONES DE ACUERDO A NECESIDAD Y RASGOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN TAMIZAJE.
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP	-EN CADA SESION SE APLICA EL FORMATO DE EVALUACION EP PLUS.	-ANEXO A CONSENTIMIENTO INFORMADO SE ANEXAN DOCUMENTOS.
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.	-SE REALIZA PROGRAMACION DE CITAS DE RELEVOS PARA PERSONAS CON DISCAPCIDAD Y O CUIDADORES DE ACUERDO A REMISION CON APOYO DE AGENDADORA.	-CONSENTIMIENTO INFORMADO.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	-SE REGISTRA EN DRIVE CADA VISITA CON DILIGENCIAMIENTO DE VARIABLES.	DRIVE DILIGENCIAMIENTO DE CABEZOTE
8	8. Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado	-SE SOCIALIZAN CASOS DE NECESIDAD DE ORIENTACION CON PSIQUIATRA.	-ACTA DE COMITE DE CUIDADO SEMANAL.
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-PARTICIPO DE REUNIONES DEL MES DE SOCIALIZACION DE LINEAMIENTOS, REUNION DE PSICOLOGOS, INCICIO DE CONVENIO 2023.	-LISTADO DE ASISTENCIA.
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.	-DILIGENCIO DE MANERA DIARIA DRIVE DE EXCEL CON VARIABLES DE LAS VISITAS REALIZADAS.	-DRIVE DE EXCEL CABEZOTE Y DILIGENCIAMIENTO DE FRECUENCIA DE VISITAS.
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	-SE REALIZA ORGANIZACION DE DOCUMENTOS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, AL TERMINAR Y ESTABLECER CIERRE SE ENTREGARAN A LAS AUXILIAR ADMINISTRATIVAS.	-SE REALIZA ORGANIZACION DE DOCUMENTOS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, AL TERMINAR Y ESTABLECER CIERRE SE ENTREGARAN A LAS AUXILIARES ADMINISTRATIVAS.
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.	-SE REALIZAN VISITAS DE ACUERDO A NUEVA BASE DE DATOS DE RUTEO DE RELEVOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	-DRIVE Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS.
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-SE REALIZA REGISTRO DE EN BASE DE DRIVE EXCEL DE MANERA DIARIO CANDO SE REALIZAN LAS VISITAS Y SE REALIZA HISTORIA CLINICA EN PLATAFORMA DINAMICA.	-PLATAFORMA DINAMICA Y DRIVE CABEZOTE Y FRECUENCIA DE VISITAS.
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-DE ACUERDO A LA NECESIDAD Y PROGRAMACION EN EL MES SE ASISTE A MESA LIDERADO POR PSIQUIATRIA.	-LISTA 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.	-REALIZO REGISTRO EN DRIVE DE VISITAS, DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS EN PLATAFORMA DINAMICA Y FRECUENCIA DE VISITAS, AL IGUAL.	-REALIZO REGISTRO EN DRIVE DE VISITAS, DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS.

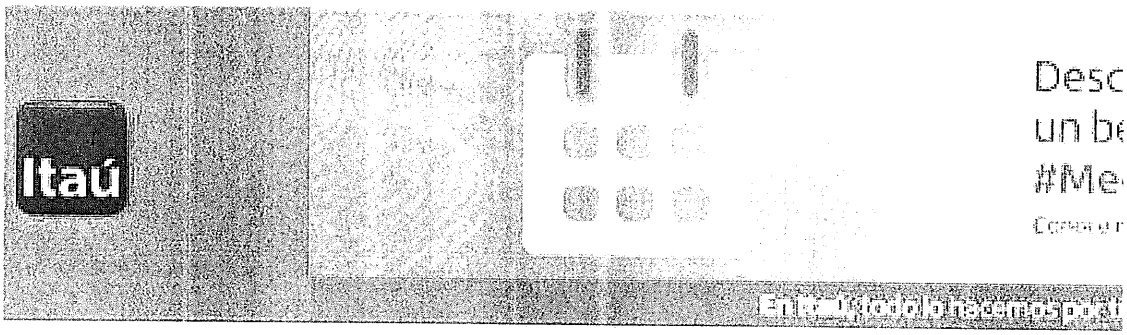
INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		**Fecha de Pago**			**Número de Planilla**	**Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior**		$ 4613064
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	70049261			
2023	**JULIO**	**2023**	**08**	**10**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA 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	$ 1845226	$ 295236	$ 295300
Salud					COMPENSAR		$ 230653	$ 230700
ARL			3		POSITIVA		$ 44950	$ 45000
Caja de Compensación			NO			**Total**	**$ 535521**	$ 571000

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CORPBANCA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	026017751

LORENA ALEJANDRA LEON PLAZAS
52811661

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023



Pagos Electrónicos

Transacción Exitosa

Débito realizado Exitosamente.

Seleccione el botón Terminar para confirmar la transacción con el establecimiento.

Número de autorización	[illegible]
Fecha y hora de la operación	[illegible]
Débito a la cuenta	[illegible]
Empresa facturadora	[illegible]
Número de la factura	[illegible]
Valor	[illegible]
Descripción	[illegible]

Como soporte de esta transacción, por favor haga Click en el boton imprimir.

[illegible]

Cliente	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]		

Imprimir | Terminar

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	52811661	LORENA ALEJANDRA LEON PLAZAS	Cll 55 sur No 104-49	4697375	lorenaleon0430@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

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	
2023-07	2023-07	I	10/08/2023	70049261	$571.000	

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	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	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	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	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	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	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	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	571.000	571.000

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	52811661	LORENA ALEJANDRA LEON PLAZAS	Cll 55 sur No 104-49	4697375	lorenaleon0430@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

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	
2023-07	2023-07	I	10/08/2023	70049261	$571.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colmena	Rodigo	Extranjero	Cotiz. estudiar	Economía	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase o Forma	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52811661	LEON PLAZAS LORENA ALEJANDRA	59	0			N																	25-14	1.845.226	295.300	0	0	0	0	EPS008	1.845.226	230.700	14-23	1.845.226	3	45.000		0	0	0	0	0	0	0

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

Violencias basadas en la orientación sexual e identidad de género (VBG) al interior de la Subredes

Se ha registrado tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.
Notificar uso inadecuado - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

tratos – Ver contrato

Datos guardados

Cancelar

< Evalua

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 MAYO CTO 5967-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5967-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA JUNIO CTO 5967-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5967-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA JULIO CTO 5967- 2023..pdf	CUENTA JULIO CTO 5967- 2023..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo