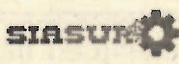


|                                                                                   |                                                   |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |                                                                                     |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |

| DATOS DEL INFORME       |                                 |            |                                                 |               |   |
|-------------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------------------|---------------|---|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                          | 2023-09-01 | Hasta:                                          | 2023-09-30    |   |
| Nombre del Contratista: | MAYRA ALEJANDRA QUINTERO MORENO |            | Número de Documento:                            | 1033694654    |   |
| Correo Electrónico:     | malequimo@gmail.com             |            | Número Telefónico:                              | 3115683920    |   |
| Nombre del Supervisor:  | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | Cargo:     | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL | Código Grado: | - |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                          |               |      |                       |      |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| No. Contrato:                  | 5932-2023                                | 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                          |               |      |                       |      |

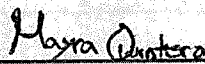
| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                          |                                                                                |           |                                |
|------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                                | Unidad                                                                         | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| V07PI002                     | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA                                                                | \$5766376 | 95.8%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 5766376                               | CINCO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS |           |                                |

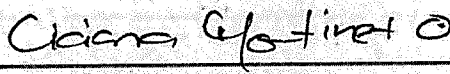
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha 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           | \$ 20934452                               | 1788       |
| 2                                   | 2023-09-01   | 2023-10-31          | 2           | \$ 6017088                                | 2836       |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   |              | MAYO                |             | \$ 3635324                                |            |
| 2                                   |              | JUNIO               |             | \$ 5766376                                |            |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                     |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |                                                 |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 3                                                       | JULIO                                                                                                                                                                                                   | \$ 5766376                                                                                                                                                                                               |                                                 |
| 4                                                       | AGOSTO                                                                                                                                                                                                  | \$ 6017088                                                                                                                                                                                               |                                                 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                | PAGOS REALIZADOS                                                                                                                                                                                         | SALDO DEL CONTRATO                              |
| \$ 5766376                                              | \$ 32717916                                                                                                                                                                                             | \$ 21185164                                                                                                                                                                                              | \$ 11532752                                     |
| 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 presto servicio de apoyo de Equipos de Atención en Casa - Atención Individual Profesional en Psicología                                                                                             | -Bases de información, actas, dinamica          |
| 2                                                       | 2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad                                                                                                                                           | -Se realiza el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad                                                                                                                                            | -Bases de información, actas, dinamica          |
| 3                                                       | 3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo                                                                  | -Se proyecta plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo                                                         | --Bases de información, actas, dinamica         |
| 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 realiza Intervención Psicológica: Sesión 1 Manejando el estrés, Sesión 2 Enfrentando problemas, Sesión 3 Seguir andando, continuar haciendo. Sesión 4 Fortaleciendo el apoyo social.                 | -Bases de información, actas, dinamica          |
| 5                                                       | 5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP                                                                                                                                          | - Se realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP                                                                                                                                         | -Bases de información, actas, dinamica          |
| 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 programan 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. | -Bases de información, actas, dinamica          |
| 7                                                       | 7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda;                                      | -Se realiza las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según correspondio                                       | -Bases de información, actas, dinamica          |
| 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 presenta y analiza los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado                                                                        | -Bases de información, actas, dinamica          |
| 9                                                       | 9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.                                                                                                                                              | -Se participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.                                                                                                                                              | --Bases de información, actas de dichos comités |
| 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.                          | -Se analiza diariamente la información recolectada con el fin de disponer a tiempo de las variables necesarias para la construcción colectiva de las citadas recomendaciones.                            | -Bases de información, actas, dinamica          |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>             |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 11                                                             | 11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.                                                                                                                                                                                                                                         | - Se organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.                                                                                                                                                                                                                                       | -Bases de información, actas, dinamica  |
| 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 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.                                                                                                                                                                                           | -Bases de información, actas, dinamica  |
| 13                                                             | 13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.                                                                                                                                                                                                                                                                       | -Se registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.                                                                                                                                                                                                                                                                      | --Bases de información, actas, dinamica |
| 14                                                             | 14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -Se participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -Bases de información, actas, dinamica  |
| 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. | -Se da 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. | -Bases de información, actas, dinamica  |

| 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 | \$ 6017088                  |                  |              |
| AÑO                                                     | MES    | AÑO                   | MES | DÍA            |                                                  |                                                  |                             |                  |              |
| 2023                                                    | AGOSTO | 2023                  | 09  | 08             | 1057037389                                       |                                                  |                             |                  |              |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |        |                       |     |                | SEIS MILLONES DIECISIETE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS |                                                  |                             |                  |              |
| Item                                                    |        |                       |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social          | Ingreso Base de Cotización                       | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado   |              |
| Pensionado                                              |        |                       |     |                | NO                                               | PORVENIR                                         | \$ 2406835                  | \$ 385094        | \$ 385100    |
| Salud                                                   |        |                       |     |                |                                                  | SALUD TOTAL                                      |                             | \$ 300854        | \$ 300900    |
| ARL                                                     |        |                       |     |                | 3                                                | SURA                                             |                             | \$ 58631         | \$ 58700     |
| Caja de Compensación                                    |        |                       |     |                | NO                                               |                                                  | Total                       | \$ 698512        | \$ 744700    |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |        |                       |     |                |                                                  |                                                  |                             |                  |              |
| Entidad Bancaria                                        |        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |     | Tipo de Cuenta |                                                  | AHORROS                                          |                             | Número de Cuenta | 474770003173 |

  
 MAYRA ALEJANDRA QUINTERO MORENO  
 1033694654

  
 LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS  
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-09-27 04:37:58 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES  
Período Cotización: agosto de 2023 Período Servicio: agosto de 2023  
Número Planilla: 1057037389

PAGADO 08/09/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Razón Social        | MAYRA ALEJANDRA QUINTERO MORENO |
| Documento           | CC1033694654                    |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                   |
| Tipo Persona        | NATURAL                         |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                     |
| Representante Legal |                                 |
| Total Afiliados     | 1                               |
| Dirección           | CL 72A SUR #17 C - 24           |
| Teléfono            | 7663157                         |
| Forma Presentación  | ÚNICO                           |
| Departamento        | BOGOTA D.C.                     |
| Identificación      |                                 |
| ARP                 | ARL SURA                        |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                                 |                | Novedades          |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud    |          |          | Riesgos           |              |                | Cajas                    |              |              | Parafiscales |              |                | Total                |          |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|---------------------------------|----------------|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|----------|----------|----------|-------------------|--------------|----------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres             | Tipo Cotizante | Subsidio Cotizante | ING | RET | TDI | TDP | TAP | VSP | COR | VST | IGE | LMA       | VAC | IRP | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Administradora    | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora           | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa       | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora       | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 1033694654      | MAYRA ALEJANDRA QUINTERO MORENO | 59             | 00                 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     | 0   | 30       | 30       | 0        | (203301) POR ENVR | \$ 2.406.835 | \$ 305.100     | (EP5002) SALUD TOTAL EPS | \$ 2.406.835 | \$ 300.900   | 2.456        | \$ 2.406.835 | \$ 58.700      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 744.700 |

III. TOTALES

|             |              |           |              |             |              |           |      |                 |            |               |            |                 |           |               |      |              |      |              |      |              |      |                       |      |                                               |      |                   |      |                                |            |                         |      |             |            |
|-------------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|-----------|------|-----------------|------------|---------------|------------|-----------------|-----------|---------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-----------------------|------|-----------------------------------------------|------|-------------------|------|--------------------------------|------------|-------------------------|------|-------------|------------|
| IBC Pension | \$ 2.406.835 | IBC Salud | \$ 2.406.835 | IBC Riesgos | \$ 2.406.835 | IBC Cajas | \$ 0 | Aportes Pension | \$ 385.100 | Aportes Salud | \$ 300.900 | Aportes Riesgos | \$ 58.700 | Aportes Cajas | \$ 0 | Aportes SENA | \$ 0 | Aportes ICBF | \$ 0 | Aportes ESAP | \$ 0 | Aportes Min Educación | \$ 0 | Incapacidades, Licencias, Salidos a Favor EPS | \$ 0 | Incapacidades ARP | \$ 0 | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | \$ 744.700 | TOTAL INTERESES DE MORA | \$ 0 | TOTAL FINAL | \$ 744.700 |
|-------------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|-----------|------|-----------------|------------|---------------|------------|-----------------|-----------|---------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-----------------------|------|-----------------------------------------------|------|-------------------|------|--------------------------------|------------|-------------------------|------|-------------|------------|





Información de la Planilla Pagada

|                                          |  |                                              |
|------------------------------------------|--|----------------------------------------------|
| NIT de comercio Operador de Información  |  | 900097333-9                                  |
| Razón Social del Operador de Información |  | SIMPLE S.A.                                  |
| Descripción                              |  | Pago de Suaporte                             |
| Fecha                                    |  | 2023-08-23, 07:39:32 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      |  | Julio de 2023                                |
| Periodo de Cotización Para Salud         |  | Julio de 2023                                |
| Empresa                                  |  | MAYRA ALEJANDRA QUINTERO MORENO              |
| CEDULA CIUDADANIA                        |  | CC 1033694654                                |
| Código Sucursal (Nombre)                 |  | ( )                                          |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      |  | 1056218737                                   |
| Tipo de Planilla                         |  | I                                            |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         |  | 118115519                                    |
| Banco                                    |  | (1507) - NEQUI                               |
| Valor                                    |  | \$ 722.900                                   |
| Estado de la Transacción                 |  | Aprobada                                     |
| Dirección IP de Origen                   |  | 10.0.19.58                                   |

| NIT            | Código | Administradora  | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|-----------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800224808     | 230301 | PORVENIR        | 1                | \$ 369.600     | \$ 4.200             |
| N800130807     | EPS002 | SALUD TOTAL EPS | 1                | \$ 288.800     | \$ 3.300             |
| N890903790     | 14-11  | ARL SURA        | 1                | \$ 56.300      | \$ 700               |
| SubTotales:    |        |                 |                  | \$ 714.700     | \$ 8.200             |
| Total a Pagar: |        |                 |                  |                | \$ 722.900           |





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá  
Certifica que:

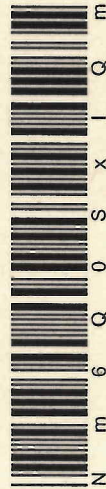
**MAYRA ALEJANDRA QUINTERO MORENO**

C.C.1033694654

Participó en el Curso Virtual:

**Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"**

Con una intensidad horaria de seis (6) horas



**Alejandro Gómez López**  
Secretario Distrital de Salud



*"La presente constancia de asistencia se expide conforme a lo definido en el Decreto 1075 de 2015  
Decreto Único Reglamentario del Sector Educación Artículo 2.6.6.8. Educación informal"*





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

### ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Considerando la importancia en la transformación cultural de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en el marco de la seguridad del paciente, sus procesos internos y realizar la encuesta de seguridad donde se debe al resultado podremos evaluar cuál es la percepción de cultura de seguridad y generar estrategias que nos den la opción de mantener el mejoramiento continuo, se preservará la confidencialidad y solo serán usos internos.

Agradecemos su cooperación con la seguridad de los pacientes.

#### ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se registro la información con esto

Agradar

Apellido y nombre

2. ¿A qué División y/o Equipo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. hace parte?

Presidencia

3. ¿Cuál es el área, proceso, servicio donde presta la mayor parte de su jornada laboral?

Presidencia

4. ¿Cuál es su perfil profesional?

Presidencia

#### DEFINICIONES

🔍 📄 📱 🗂️ 🏠

🔍 📄 📱 🗂️ 🏠