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:**	2023-09-01	**Hasta:**	2023-09-30	
Nombre del Contratista:	JESSICA PAOLA RIVEROS PEREZ		**Número de Documento:**	1026293198	
Correo Electrónico:	riverospjessica@gmail.com		**Número Telefónico:**	3042947486	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5992-2023	**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
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$4613064	93.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 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	$ 18452256	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 4913916	2836

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 4613064
2	JUNIO	$ 4613064

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	JULIO	$ 4913916
4	AGOSTO	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 27979236**	**$ 18753108**	**$ 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.	-Agendar visita para la valoración de la misma.	-Aplicación de tamizajes Zung y Hamilton con su respectivo consentimiento.
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-Valoración inicial para captura de información inicial.	-Verificación base de datos y agendamiento de visitas para valoración y formatos diligenciados.
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 de 90 minutos cada sesión.	-Base de datos y pruebas aplicadas.
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP.	-Aplicación de tamizajes.	-Resultados de tamizajes de cada sesión y base de datos.
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.	-Informar al usuario el motivo de la valoración.	-Resultado e informe de cada tamizaje.
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	-Psicoeducación a familiares y redes de apoyo.	-Resultados de tamizajes de cada sesión.
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 en comité de cuidado.
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-Llevar evidencias de cada caso.	-Priorizar y realizar reporte según la entidad.
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.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Carpetas para reposar información.
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.	-Actualizar información.	-Recolectar y realizar actividades en la unidad a diario.
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Entregar información en tiempos establecidos.	-Actualizar diariamente base de datos compartidas.
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-Llevar casos que requieren valoración por psiquiatría.	-Acta de comité con temas tratados.
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.	-Agendar oportunamente visita, realizar valoración inicial y entregar información al usuario, priorizar casos en comité de cuidado, actualizar y entregar información en tiempos establecidos.	-Historia clínica de cada usuario, base de datos y pruebas aplicadas, realizar tamizajes, acta comité de cuidado.

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**	1057506834			
2023	**AGOSTO**	**2023**	**09**	**11**				
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	COLFONDOS	$ 1845226	$ 295236	$ 295400
Salud					FAMISANAR		$ 230653	$ 230800
ARL				3	POSITIVA		$ 44950	$ 45000
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 535521**	$ 571200

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0908115090

Jessica Riveros P.

JESSICA PAOLA RIVEROS PEREZ
1026293198

Claudia Martinez O

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-09-11, 09:31:35 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1057506834

Periodo Cotización: agosto de 2023 **Periodo Servicio:** agosto de 2023

PAGADO 11/09/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JESSICA PAOLA RIVEROS PEREZ		
Documento	CC1026293198	**Dirección**	CL 3 SUR #69 D - 34 CASA 60
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3042947486
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días PEN	Días EPS	Días ARP	Días CCF	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 1026293198	JESSICA PAOLA RIVEROS PEREZ	59	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.846.000	$ 295.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.846.000	$ 230.800	2,436	$ 1.846.000	$ 45.000	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.846.000	$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 608.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.846.000	$ 1.846.000	$ 1.846.000	$ 1.846.000	$ 295.400	$ 230.800	$ 45.000	$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 608.200	$ 0	$ 608.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
154867225

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
11/09/2023

Número de aprobación
00867225

Dirección IP
186.28.104.112

Valor transacción
$ 608.200,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.0.19.58	CC	1026293198

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Certifica que:

JESSICA PAOLA RIVEROS PEREZ

C.C.1026293198

Participó en el Curso Virtual:

Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"

Con una intensidad horaria de seis (6) horas

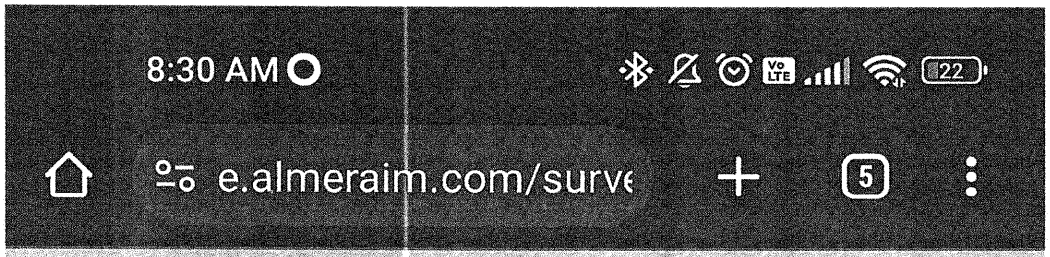
T E u n w B Q Z 9 1

Bogotá salud digital

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

BOGOTÁ

"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

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

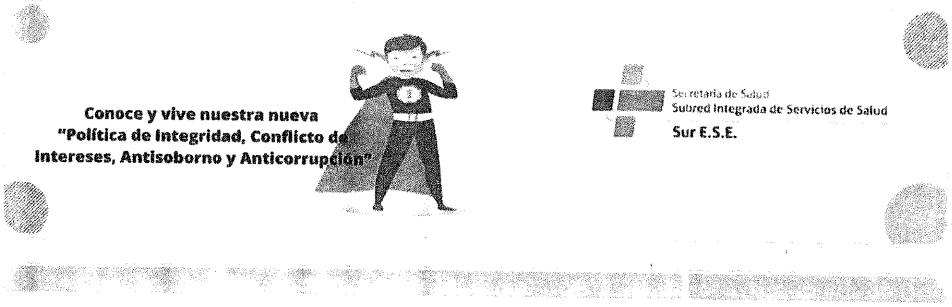
Se registró la información con éxito

Aceptar

Agradecemos su compromiso con la seguridad de los pacientes.

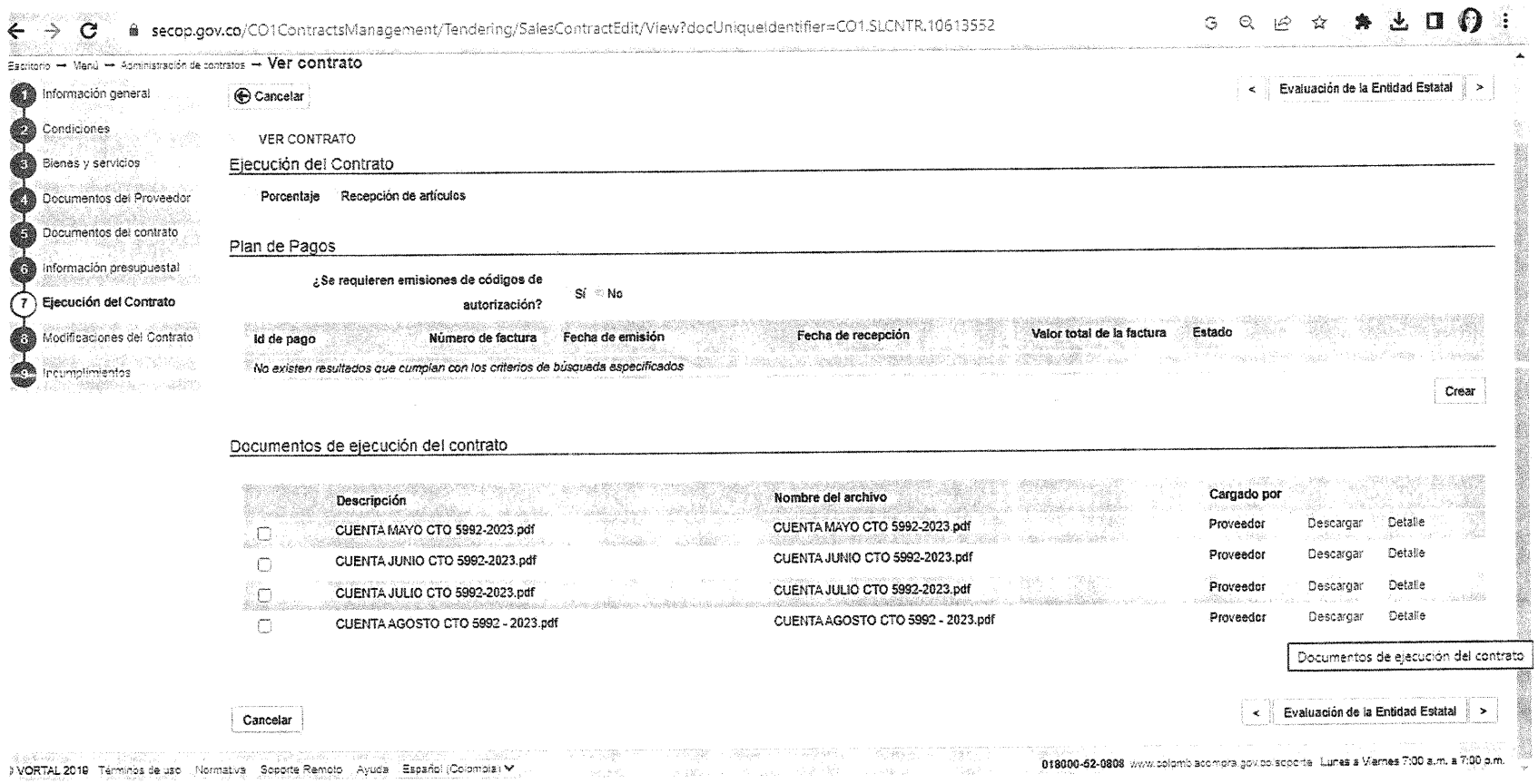
En esta encuesta, piense en su "unidad" como el área de trabajo, servicio, dependencia o área clínica de la Unidad de





Evaluación para la medición de apropiación del conocimiento de la Política de Integridad, Conflicto de Intereses, Antisoborno y Anticorrupción - Tercer trimestre

Se ha registrado tu respuesta.


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.10613552
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
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 5992-2023.pdf
CUENTA MAYO CTO 5992-2023.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA JUNIO CTO 5992-2023.pdf
CUENTA JUNIO CTO 5992-2023.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA JULIO CTO 5992-2023.pdf
CUENTA JULIO CTO 5992-2023.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA AGOSTO CTO 5992 - 2023.pdf
CUENTA AGOSTO CTO 5992 - 2023.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Documentos de ejecución del contrato
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VORTAL 2018 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.