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:	DENIS LUCIA PEREZ MORALES		**Número de Documento:**	52771935	
Correo Electrónico:	delupe1980@gmail.com		**Número Telefónico:**	3212027983	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5964-2023	**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	DIRECCION DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$4613064	95.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 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	$ 3810792	2836
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 436235-	
2		JUNIO		$ 4412496	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	JULIO	$ 4613064
4	AGOSTO	$ 4262070

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	$ 26876112	$ 17649984	$ 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	-Se concertó visitas para la valoración inicial desde el perfil de psicología a las familia referidas desde equipos territoriales.	-Base de datos
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-Se realizo aplicación de pruebas Zung y Hamilton en cada valoración	-soporte físico y reporte digital en archivo del convenio
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo	-Se realiza intervención inicial con las familias que cumplieron con las características posteriores a la valoración inicial.	-Historia Clinica, soportes físicos que reposaran en el archivo del convenio
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 y programación de las sesiones respectivas con cada usuario	-Historia Clinica de seguimiento, soporte físico reportan en el archivo físico del convenio
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP	-Valoración a la primera sesión, y psicoeducación a la familia abordada-	-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 condicion de dependencia/discapacidad y sus cuidadores.	-Sesión de evaluación programada con los candidatos que cumplen con el lineamiento desde SDS	-soporte físico y digital de la intervención.
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	-Apoyo al equipo de atención en casa para relevo al cuidador.	-Base de datos y carpetas digitales de valoración inicial
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 realizo aplicación de pruebas, Whodas, Barthel, Zarit, Zung y Hamilton	-soportes físicos y digitales según corresponda.
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-Presentar en casos atendidos en la semana que tengan priorización alta, en riesgo en salud mental.	-pruebas calificadas y seguimientos a los casos o acta de comite.
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.	-Alimentar bases de datos y reportes pertinentes	-Bases de datos y reportes pertinentes

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	$ 4262070
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	70202956		
2023	AGOSTO	2023	09	11			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL SETENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1704828	$ 272772	$ 296300
Salud		COMPENSAR		$ 213104	$ 231500
ARL	3	SURA		$ 41530	$ 45200
Caja de Compensación	NO		Total	$ 494775	$ 573000

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488421142388

Denis Perez

DENIS LUCIA PEREZ MORALES
52771935

Cidara Yotheri O.

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

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.	-Realizar guarda y custodia de los soportes documentales fisico/digital generados para realización de las actividades asignadas.	-Carpeta fisica o digital con los soportes generados.
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.	-Desarrollar las acciones y actividades estipuladas en la guia operativa de los EAC en salud mental.	-Productos generados y entregado
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Registro de la información requerida de acuerdo con las directrices dadas para ello.	-Formatos fisios/digitales (drive).
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-Programar con el profesional de psiquiatría las mesas de ayuda para el análisis de los casos prioritarios que requieran de la valoración por el profesional de psiquiatria	-Acta de reunión y/o comité.
15	15. Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaria 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.	-Control realizado por los lideres operativos, de acuerdo con los requerimientos solicitados.	-Bases, historia clínica y demás soportes solicitados por la coordinación.

Pago PSE

Código único CUS
153095914

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
11/09/2023

Número de aprobación
00095914

Dirección IP
181.53.12.189

Valor transacción
$ 610.200,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.53.12.189	CC	52771935

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	52771935	DENIS LUCIA PEREZ MORALES		CR 15 ARIS 60G 72 SUR	7164115	delupe1980@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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	
2023-08	2023-08	I	11/09/2023	70202958	$610,200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Sublimite	Extranjero	Cotizante exterior	TDE	TDP	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPLETOR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52771935	PEREZ MORALES DENIS LUCIA	Si			N																23/201	1.846.225	295.400	0	0	0	0	EPS008	1.846.225	315.700	14-11	1.846.225	V	45.100	CCF24	1.846.225	37.000	0	0	0	0	0

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

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

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENCUESTA CULTURA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

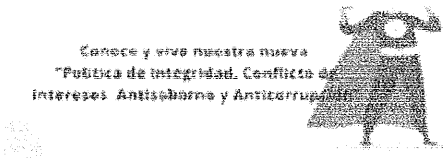
Se registró la información con éxito

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 Servicios de Salud, donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

1. ¿Cuál es su Unidad de Servicio de Salud dentro de la



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

Se registró tu respuesta

Enviar otra respuesta

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

Powered by CamScanner

1 Información general
2 Cronograma
3 Ítems y valor total
4 Documentos del Proveedor
5 Requisitos habilitación
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Terminación anticipada

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 JUNIO CTO 5964-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5964-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5964-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5964-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5964-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5964-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

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	52771935	DENIS LUCIA PEREZ MORALES	CR 15 ABIS 60G 72 SUR	7164415	delupe1980@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTA 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	1	11/09/2023	79202956	$610.200	

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	3	800	0	231.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	295.300	0	0	0	0	3	1.000	0	296.300	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.000				45.000	3	200	45.200			450	45.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.000	3	200	37.200	1

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	231.500
Pensión	1	295.300	296.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.200
CCF	1	37.000	37.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	608.000	610.200

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Certifica que:

DENIS LUCIA PEREZ MORALES

C.C.52771935

Participó en el Curso Virtual:

Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"

Con una intensidad horaria de seis (6) horas

6 d 8 9 v 2 k a x f

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

Bogotá salud digital

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"