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:**	2023-10-01	**Hasta:**	2023-10-31	
Nombre del Contratista:	YENNY KATERINE ESCOBAR GOMEZ		**Número de Documento:**	53088997	
Correo Electrónico:	kathe1220@gmail.com		**Número Telefónico:**	3138513463	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4794-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1026
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K30P1	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-04-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-05-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-05-01	2023-07-31	1	$ 3998136	1551
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 3998268	2123
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 3998136	2454

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 3998136	2827
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 3998136	3089

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ABRIL	$ 3998136
2	MAYO	$ 3998136
3	JUNIO	$ 3976407
4	JULIO	$ 4019865
5	AGOSTO	$ 3998136
6	SEPTIEMBRE	$ 3998136

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7996140	$ 27986952	$ 23988816	$ 3998136

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. orientar con charlas educativas para el cuidado, mitigacion y prevencion del contagio de covid-19 en poblacion general y diferencial.	-Para el mes de octubre de 2023 se realizan 10 recorridos en calle, 15 IEC, así como 20 asesorías individuales desde la dupla psicosocial, 2 asesorías en familia, en las localidades de Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, también se llevan a cabo 2 grupos de apoyo 1 para personas de los sectores LGBTI y 1 dirigido a las familias y redes de apoyo, así mismo se generan 5 fortalecimientos, en cada uno de estos espacios se orienta en charlas educativas para el cuidado, mitigación y prevención del contagio de covid-19 en población general y diferencial.	-Formatos Sisco, actas y fichas metodológicas
2	2. realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de vih – reactivo y sifilis con resultado positivo.	-Frente a los casos positivos para Sífilis y Hepatitis B, así como reactivos para VIH, identificados mediante los tamizajes, se llevan a cabo 3 seguimientos pertinentes según necesidades observadas.	-Formatos Sisco, actas y fichas metodológicas
3	3. implementar espacios comunitarios para el abordaje del consumo sustancias psicoactivas, movilizacion de red de recursos institucionales y comunitarios.	-Para el mes de octubre de 2023 se realizan 10 recorridos en calle, 15 IEC, así como 20 asesorías individuales desde la dupla psicosocial, 2 asesorías en familia, en las localidades de Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, también se llevan a cabo 2 grupos de apoyo 1 para personas de los sectores LGBTI y 1 dirigido a las familias y redes de apoyo, así mismo se generan 5 fortalecimientos, en cada uno de estos espacios se orienta en charlas educativas para el cuidado, mitigación y prevención del contagio de covid-19 en población general y diferencial.	-Formatos Sisco, actas y fichas metodológicas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. identificar el riesgo por medio de la herramienta assist, audit. (ligado a una intervencion breve, entrevista motivacional.	-Mediante las acciones desarrolladas se identifican los riesgos en salud de la población abordada, que hacen parte de los sectores LGBTI.	-Formatos Sisco, actas y fichas metodológicas
5	5. canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementacion del modelo integral de atencion en salud (mias), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	-Se fomenta la atención en salud, instituciones sectoriales e intersectoriales, mediante 5 canalizaciones realizadas a población que requiera la prestación de los servicios.	-Formato de canalizaciones
6	6. aplicar las herramientas de captacion de informacion de acuerdo a los lineamientos establecidos en el marco del convenio pic, y propios de la institucion.	-Se realizan 20 asesorías individuales por la dupla psicosocial haciendo uso del formato Sisco 1A, los grupos de apoyo se registran en el formato de acta, el alistamiento de las acciones de IEC se genera mediante ficha metodológica.	-Formatos Sisco, actas y fichas metodológicas
7	7. generar escucha activa en espacios comunitarios para la promocion de habitos saludables, con cuidadoras y lideres, para generar procesos para la autogestion, la autonomia, el empoderamiento en practicas de cuidado y auto cuidado.	-A través de las acciones de las 15 IEC en las localidades de Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, 2 grupos de apoyo de personas LGBTI, familias, 5 fortalecimientos, 20 asesorías individuales y 2 familiares, se generan espacios de escucha activa para la promoción de hábitos saludables, con cuidadoras y líderes, para fomentar procesos para la autogestión, la autonomía, el empoderamiento en prácticas de cuidado y auto cuidado.	-Formatos Sisco, actas y fichas metodológicas
8	8. buscar acciones de rehabilitacion integral e inclusion (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, politica, cultural), de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores.	-Mediante el desarrollo de las diferentes acciones se promueven procesos de rehabilitación integral e inclusión social de las personas con trastornos mentales, familiares y cuidadores, según necesidades identificadas en el territorio.	-Formatos Sisco, actas y fichas metodológicas
9	9. realizar el seguimiento presencial y no presencial a cada persona con discapacidad psicosocial asociada a trastorno mental y/o a un familiar o cuidador de esta.	-A través de las actividades desarrolladas por el equipo de CE LGBTI, se promueven las acciones en salud que den respuesta a las necesidades identificadas por la comunidad de los sectores LGBTI, en especial lo concerniente a las afectaciones en salud mental.	-Formatos Sisco, actas y fichas metodológicas
10	10. fortalecer habilidades psicosociales adaptativas para un buen trato buscando la prevencion de violencia intrafamiliar, violencia por razones de genero y prevencion de otros eventos como la conducta suicida y la violencia entre barras futboleras, a fin de promover la convivencia social y la salud mental.	-Mediante la implementación de los 2 grupos de apoyo se fortalecen habilidades psicosociales adaptativas para un buen trato buscando la prevención de violencia intrafamiliar, violencia por razones de género y prevención de otros eventos como la conducta suicida a fin de promover la convivencia social y la salud mental de las personas que hacen parte de los sectores LGBTI.	-Formatos Sisco, actas y fichas metodológicas
11	11. socializar la linea 106 "linea de ayuda, intervencion psicosocial y/o soporte en situacion de crisis" y sus canales de atencion.	-En las acciones desarrolladas se lleva a cabo la socialización de la línea 106, con el fin de promover su uso para la atención psicosocial de la población en general y de los sectores LGBTI.	-Formatos Sisco, actas y fichas metodológicas
12	12. adherirse al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados.	-Se lleva a cabo gestión documental según los meses auditados.	-Carpetas foliadas según orientación.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	13. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	-Se participa en las reuniones programadas por el Entorno Cuidador Comunitario, así como las asignadas desde el nivel central de la Secretaria Distrital de Salud.	-Listados de asitencia a reuniones
14	14. las demas acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institucion y del pic.	-Se participa en las acciones dispuestas, según necesidades de la institución y del PIC.	-Listados de asitencia a reuniones

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**		$ 3998136
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	71593216			
2023	**SEPTIEMBRE**	**2023**	**10**	**17**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	$ 1599254	$ 255881	**$ 255900**
Salud					SÁNITAS		$ 199907	**$ 200000**
ARL				3	SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	570004870400753

YENNY KATERINE ESCOBAR GOMEZ
53088997

Jeisson Rodrigo Parra Triana
Cc. 80124756
Referente Público

JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

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	53089997	YENY KATERINE ESCOBAR GOMEZ		CLL 58B SUR 48B 60	3460402	KATHE1220@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

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	
2023-09	2023-09	I	17/10/2023	71593216	$494.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	255.900	0	0	0	0	0	0		255.900	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	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	200.000	200.000
Pensión	1	255.900	255.900
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	494.900

PAGADA

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	53088997	YENY KATERINE ESCOBAR GOMEZ		CLL 58B SUR 48B 60	3460402	KATHE1220@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

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	
2023-09	2023-09	I	17/10/2023	71593216	$494.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Dependiente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIONDIA	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	53088997	ESCOBAR GOMEZ YENY KATERINE	59	0			N																230201	1.599.255	255.900	0	0	0	0	EPS005	1.599.255	200.000	14-11	1.599.255	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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 ABRIL-CTO 4794-2023.pdf	CUENTA ABRIL-CTO 4794-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2023-CTO 4794-2023.pdf	CUENTA MAYO 2023-CTO 4794-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2023- CTO 4794-2023.pdf	CUENTA JUNIO 2023- CTO 4794-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2023-CTO 4794-2023.pdf	CUENTA JULIO 2023-CTO 4794-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2023- CTO 4794-2023.pdf	CUENTA AGOSTO 2023- CTO 4794-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 20223-CTO4794-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 20223-CTO4794-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >