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:	ANGIE NATALIA HERNANDEZ MANTILLA		**Número de Documento:**	1014288963	
Correo Electrónico:	NATALIAHERNANDEZ202@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3014814158	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5984-2023	**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	$4613064	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 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	$ 17499558	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 3058662	2836
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 3660366	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	JUNIO	$ 3660366
3	JULIO	$ 4312212
4	AGOSTO	$ 4312212
5	SEPTIEMBRE	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 25171284**	**$ 20558220**	**$ 4613064**

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 da cumplimiento a las visitas propuestas en el mes en curso	-se realiza historia clínica
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-se realiza tamizaje de Hamilton y zugn	historia clínica y drive
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo.	-se realiza abordaje a usuarios bajo lineamiento establecido	-ep plus historia clínica
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 brinda valoración según convenio establecido y se aborda a usuarios según lineamiento	-historia clínica y drive
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP.	-se realiza de 4 a 7 seguimientos por el área de psicología	---drive
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 el agendamiento de los usuarios y se aborda en casa	--historia clínica y drive para seguimiento y frecuencia de uso
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	-se realiza la obligación propuesta bajo el convenio establecido	-se realiza la obligación propuesta bajo el convenio establecido , casos de priorización en comité
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 cumple con los seguimientos	-drive , historias clinicas, y frecuencia de uso , agendamiento
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-se da cumplimiento a la obligación mediante asistencia	--asistencia a comité

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 realiza los entregables según lo solicitado por lideres	-entregables , correos
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	-realizar acciones congruentes y enfocados al área de psicología	--historia clínica y drive
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 realiza el abordaje a usuarios según el lineamiento establecido	--drive e historia clínica
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-cargue de historias clínicas , solicitud de códigos y agendamiento	-drive , historia clínica
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-se ejecuta acciones en conjunto con psiquiatría	-historia clínica , y planillas 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.	-se cumple con las acciones solicitadas y establecidas en el convenio	--drive, frecuencia de uso , y demás entregables

© Siasur - 2023

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	1058529540		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	26			
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	PROTECCIÓN	$ 1845226	$ 295236	$ 295300
Salud		FAMISANAR		$ 230653	$ 230700
ARL	3	POSITIVA		$ 44950	$ 45700
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 535521**	$ 571700

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	275392488

Natalia Hernandez

ANGIE NATALIA HERNANDEZ MANTILLA
1014288963

Cidca Contrato.

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-10-26, 10:22:32 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1058529540

Periodo Cotización: septiembre de 2023 **Periodo Servicio:** septiembre de 2023

PAGADO 26/10/2023

ATOS DEL APORTANTE

ón Social	ANGIE NATALIA HERNANDEZ MANTILLA		
umento	CC1014288963	**Dirección**	CR 112A #68 B - 20 BIS A # 68B - 20
de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3014814158
Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
dad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
resentante Legal		**Identificación**	
al Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

ETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
ficación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	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
288963	ANGIE NATALIA HERNANDEZ MANTILLA	57	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.845.225	$ 295.300	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.845.225	$ 230.700	2,436	$ 1.845.225	$ 45.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 571.

II.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
$ 1.845.225	$ 1.845.225	$ 1.845.225	$ 0	$ 295.300	$ 230.700	$ 45.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 571.000	$ 7.800	$ 578.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 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 SIMPL

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

Simple

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	2023-10-26, 10:13:08 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2023
Empresa	ANGIE NATALIA HERNANDEZ MANTILLA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1014288963
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1058529540
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	239762439
Banco	(1001) - BANCO DE BOGOTA
Valor	$ 578.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 295.300	$ 4.000
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 230.700	$ 3.100
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 45.000	$ 700
			SubTotales:	$ 571.000	$ 7.800
			Total a Pagar:		$ 578.800

Lineas 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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!



Salud aMiBarrio Salud aMiVereda

Identificación horarios de atención en los territorios EAC

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

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

Google Formularios

ontrato
al
roveedor
ontrato
puestal
rato
l Contrato

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? Si 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA ABRIL CTO 7981-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 7981-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 5984-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5984-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5984-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5984-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	1690742620-ilovepdf_merged (3) (1).pdf (Archivado)	1690742620-ilovepdf_merged (3) (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro Número 143251 (1).pdf	Cuenta de Cobro Número 143251 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5984-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5984-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5984-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5984-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle