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:**	2023-11-01	**Hasta:**	2023-11-30	
Nombre del Contratista:	CARLOS MAURICIO DAZA BELLO		**Número de Documento:**	1020728050	
Correo Electrónico:	CARLOSMSS747@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3115195594	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5974-2023	**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	$3409656	73.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3409656**	**TRES MILLONES CUATROCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-06		**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	$ 16947996	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 752130	2836
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 7671726	3495
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	MAYO	$ 3108804
2	JUNIO	$ 3259230
3	JULIO	$ 3459798
4	AGOSTO	$ 3259230
5	SEPTIEMBRE	$ 3860934
6	OCTUBRE	$ 3810792

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 29984916**	**$ 20758788**	**$ 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	- Realizar visitas domiciliarias agendadas.	- Historias clínicas y drive diligenciados.
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	- Valoración inicial para captura de información inicial.	- Tamizajes de Zung y Hamilton aplicados y registrados en el respectivo drive.
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, 90 minutos cada sesión.	- Base de datos e historias clínicas registradas.
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP	- Aplicación de evaluaciones.	- Resultados de evaluaciones registrados en 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.	- Acordar con el usuario fecha y hora de las visitas.	- Informar al equipo de agendamiento.
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	- Realizar visitas domiciliarias a los usuarios.	- Resultados de tamizajes y base de datos.
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 de comité de cuidado.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	- Asistir al comité de cuidado, presentar información de cada caso.	- Información presentada y acta de comité de cuidado.
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
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.	- Carpeta con documentos organizados.
12	12.Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guia operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	- Realizar actividades según la guía operativa.	- Visitas realizadas, drive e historias clínicas.
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	- Registrar información en drive establecido.	- Información registrada en drive.
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	- Participar activamente en la mesa técnica.	- Acta de mesa técnica.
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.	- Realizar las visitas y demás actividades establecidas y programadas de acuerdo a los lineamiientos.	- Visitas realizadas, información registrada en drive e historias clínicas.

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**		$ 3810792
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	72475800			
2023	**OCTUBRE**	**2023**	**11**	**16**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOSPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1524317	$ 243891	$ 249100
Salud					COMPENSAR		$ 190540	$ 194600
ARL				3	SURA		$ 37132	$ 38000
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 442388**	$ 481700

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24104726060

CARLOS MAURICIO DAZA BELLO
1020728050

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

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	1020728060	CARLOS MAURICIO DAZA BELLO	CRA 12 F # 30 15 SUR INT 2 APTO 209	4768769	CARLOSMSN747@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	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	
2023-10	2023-10	I	16/11/2023	72475800	$481.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dias cotizados	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDONACIÓN	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	1020728060	DAZA BELLO CARLOS MAURICIO	59	0			N																	230301	1.555.000	248.800	0	0	0	0	EPS008	1.555.000	194.400	14-11	1.555.000	3	37.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADO

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	1020728050	CARLOS MAURICIO DAZA BELLO		CRA 12 F # 30 15 SUR INT 2 APTO 209	4768769	CARLOSMSN747@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	
2023-10	2023-10	I	16/11/2023	72476800	$481.700	

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	194.400	0		0		0	1	200	0	194.600	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
230301	Porvenir	800224808-6	248.800	0	0	0	0	1	300	0	249.100	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	37.900				37.900	1	100	38.000			379	38.000	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	194.400	194.600
Pensión	1	248.800	249.100
Riesgos Laborales	1	37.900	38.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	481.100	481.700

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

Banco Caja Social

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente: Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

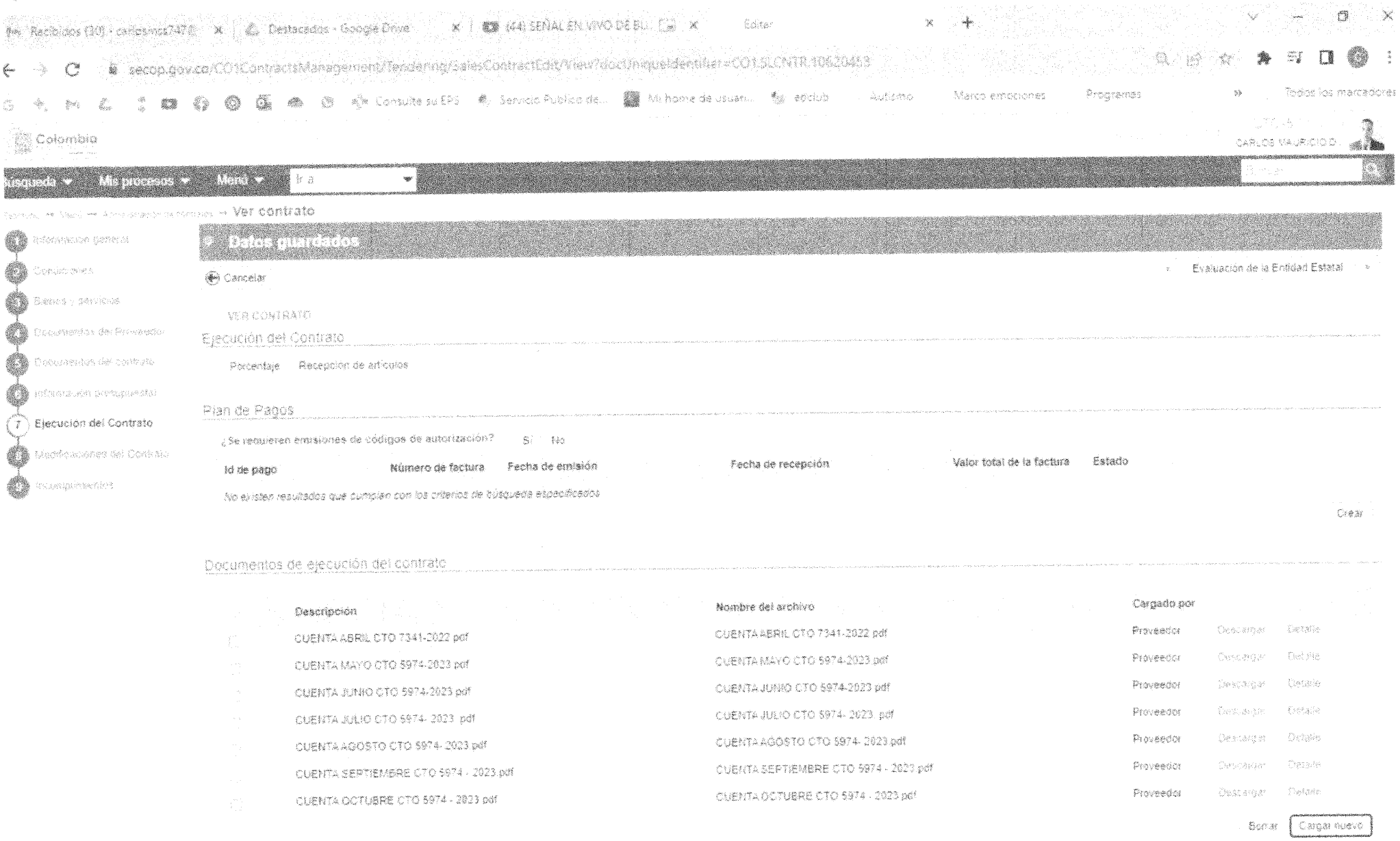
FECHA Y HORA
16 noviembre 2023 3:17 pm

DIRECCIÓN IP 186.29.27.69

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APN.320928[illegible]74249144

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
9144CPM4

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9[illegible]427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99020
VALOR DE LA TRANSACCION	$481.700,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	7247580
FECHA DE LA SOLICITUD	16 noviembre 2023
REFERENCIA 1	186.29.27.69
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1020728060
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	281[illegible]135
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	4
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Protección Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga [illegible]8060


Recibidos (30) - carlosmcz747@
Destacados - Google Drive
(44) SEÑAL EN VIVO DE BU
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.10620453
Consulte su EPS
Servicio Público de...
Mi home de usuari...
ejclub
Autismo
Marco emociones
Programas
Todos los marcadores
Colombia
CARLOS MAURICIO D
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Ver contrato
1 Información general
2 Compradores
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
Datos guardados
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
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA ABRIL CTO 7341-2022 pdf
CUENTA MAYO CTO 5974-2023 pdf
CUENTA JUNIO CTO 5974-2023 pdf
CUENTA JULIO CTO 5974- 2023 pdf
CUENTA AGOSTO CTO 5974- 2023 pdf
CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5974 - 2023.pdf
CUENTA OCTUBRE CTO 5974 - 2833 pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo

DISPONIBILIDAD SISTEMAS, SEDES PRIORIZADAS.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN-
PERCEPCION ALTA
DISPONIBILIDAD SISTEMAS,
SEDES PRIORIZADAS.

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

A continuación, encontrará una encuesta de satisfacción

Talento Humano

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

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

Google Formularios

VEEDURÍA DISTRITAL

Somos los ojos de la ciudadanía

LTURA DE LA INTEGRIDAD

egistró tu respuesta

Este formulario se creó en Bogotá en TIC. Denunciar uso inadecuado

Google Formularios

COLOMBIA VIDA

CERTIFICADO DE PARTICIPACION

carlos daza

C.C.: 1020728050

Ha sido capacitado satisfactoriamente en el curso

LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y COLABORADORES PUBLICOS DE COLOMBIA

22 de noviembre de 2023