

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

Periodo a Certificar:	Desde:	2024-01-01	Hasta:	2024-01-31
Nombre del Contratista:	ESTEFANIA FERNANDEZ FERNANDEZ RUIZ		Número de Documento:	1032495155
Correo Electrónico:	fernandezestefania62@gmail.com		Número Telefónico:	3212313635
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	Cargo:	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4892-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1026
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	10	21729	\$4215426	105.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4215426	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS VEINTISEISPESOS					

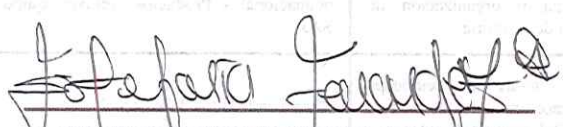
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

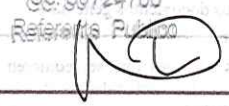
Fecha de Inicio del Contrato		2023-04-01			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-05-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP	
1	2023-05-01	2023-07-31	1	\$ 3998136	1551	
2	2023-07-01	2023-08-31	2	\$ 3998268	2123	
3	2023-08-01	2023-09-30	3	\$ 3998136	2454	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	\$ 3998136	2827
5	2023-10-01	2023-11-30	5	\$ 3998136	3089
6	2023-11-01	2023-12-31	6	\$ 7996272	3518
7	2024-01-01	2024-02-15	7	\$ 6214494	224
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	
7		OCTUBRE		\$ 3998136	
8		NOVIEMBRE		\$ 3998136	
9		DICIEMBRE		\$ 3998136	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 7996140		\$ 42197718		\$ 35983224	\$ 6214494
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. fomentar en personas con discapacidad, familias, cuidadoras y líderes, la adquisición gradual de capacidades para la autogestión, la autonomía y el empoderamiento en prácticas de cuidado y autocuidado.	-Se realizan actividades colectivas en los comedores comunitarios Juan pablo II y Jerusalén canteras, ambos de la localidad de ciudad bolívar, para este caso, se realizan tres acciones colectivas para ambos comedores.		-Fichas técnicas -Listados -Actas - Reportes diarios	
2	2. seguimiento presencial o no presencial a cada persona con discapacidad psicosocial asociada a trastorno mental y/o a un familiar o cuidador de esta, quien determinará el estado actual de su salud mental, las necesidades de apoyo psicosocial y la activación de rutas si es pertinente.	Mediante las acciones colectivas y durante el curso de las actividades surge la necesidad de que algunos usuarios sean vistos por la psicología para efectos de contención verbal inmediata, así como intervenciones conjuntas con trabajo social y apoyo a padres y/o cuidadores entorno a la mejora de la ocupación del menor, entre otros; y también, se realiza acompañamiento a trabajo social en proceso de captación a papas y apoyo en intervenciones familiares grupales y refuerzo en temáticas preocupantes al perfil.		-Registro fotográfico	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3. identificar y direccionar a personas con discapacidad, a su grupo familiar y/o cuidadoras/res donde se encuentren necesidades y prioridades de orientación y asesoría	-Se brindan acompañamientos según las necesidades y prioridades evidenciadas en las sesiones colectivas a la población en general, así como a las coordinadoras de cada comedor.	-Listados de asistencia -Reuniones con coordinadoras de los comedores socializando actividades.
4	4. realizar acciones de información, educación y comunicación (iec), en alimentación saludable, disminución en el consumo de tabaco y alcohol, planes de automanejo, actividad física, hábitos de vida saludable y educación en índice bogotano de calidad de aire (iboca).	-Para los dos comedores comunitarios se abordan temáticas como empatía, presión de grupo, comunicación y redes de apoyo. Esto, a fin de mitigar el consumo de sustancias psicoactivas	-Actas -Fichas técnicas -Listados de asistencia
5	5. orientar acciones diferenciales para el cuidado y prevención del contagio de covid-19 en poblaciones con discapacidad	-En las sesiones colectivas se refuerza y promueve el cuidado propio y del otro.	-Fichas técnicas -Listado -Actas
6	6. identificar por medio de tablas de referencia las alertas por riesgo cardiovascular utilizando talla, peso y perímetro abdominal e índice de masa corporal.	-Se entregan productos de calidad, en el tiempo solicitado y con la información contenida en ellos de manera veraz	-Se entregan productos de calidad, en el tiempo solicitado y con la información contenida en ellos de manera veraz a la líder del equipo. -Actas -Listados -Fichas técnicas
7	7. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	- Se realiza cumplimiento de meta, disponibilidad de tiempo y servicios de atención según necesidad y demanda.	-Productos solicitados por líder de equipo. -Bases de datos -Reporte de sesiones grupales -Listados -Actas -Fichas técnicas -Informe de gestión -Canalizaciones
8	8. adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados	-Se realiza proceso de gestión documental y archivo, participación en entrega y organización de productos para presentación de auditoría.	-Productos entregables área de terapia ocupacional - Productos archivo equipo SAJ
9	9. las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institución y del pic.	-Se realizó asistencia a todas las reuniones programadas en el mes como: reuniones de equipo, Reunión con referente distrital, reunión de entorno	-Firma en listados de asistencia

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
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA		
2024	DICIEMBRE	2023	01	24	1060763453	\$ 3998136
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS	
Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social			Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes
Pensionado		ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES			\$ 1599254	\$ 255881
Salud		FAMISANAR				\$ 199907
ARL		SURA				\$ 38958
Caja de Compensación		NO			Total	\$ 464136
INFORMACIÓN DE PAGO						
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta
						0550488419697849


ESTEFANIA FERNANDEZ FERNANDEZ RUIZ
 1032495155

Jeisson Rodrigo Parra Triana
 C.C. 80724755
 Referente P. 1000

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

Fecha creación reporte: 2024-01-24, 08:47:25 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1060763453

Periodo Colización:

Periodo Servicio: diciembre de 2023

PAGADO 24/01/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ESTEFANIA FERNANDEZ RUIZ		
Documento	CC1032495155	Dirección	CL 4B #39 D - 90 INT 3 APTO 301
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3212313635
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

[illegible]

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportas Pensión	Aportas Salud	Aportas Riesgos	Aportas Cajas	Aportas Sana	Aportas ICUF	Aportas ESAP	(Incapacidades, Licencias, Saldo a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.600.000	\$ 1.600.000	\$ 1.600.000	\$ 0	\$ 258.000	\$ 200.000	\$ 39.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 495.000	\$ 4.700	\$ 499.700



Buscar...

Búsqueda Mis procesos Menú ir un

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

7 Ejecución del Contrato

Identificación de pago numero de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ CUENTA ABRIL CTO 4892 2023.pdf	CUENTA ABRIL CTO 4892 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA MAYO CTO 4892 2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 4892 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA JUNIO 2023 CTO (4892)-2023.pdf	CUENTA JUNIO 2023 CTO (4892)-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA JULIO 2023 CTO (4892)-2023.pdf	CUENTA JULIO 2023 CTO (4892)-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA AGOSTO 2023 CTO (4892)-2023.pdf.pdf	CUENTA AGOSTO 2023 CTO (4892)-2023.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA SEPTIEMBRE 2023 CTO (4892)-2023.pdf.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2023 CTO (4892)-2023.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA OCTUBRE 2023 CTO (4892)-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE 2023 CTO (4892)-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA NOVIEMBRE 2023 CTO (4892)-2023.pdf.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2023 CTO (4892)-2023.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DICIEMBRE 2023 CTO (4892).pdf	CUENTA DICIEMBRE 2023 CTO (4892).pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Carga nueva

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



Ministry of Health and Family Welfare
Government of India

Health and Family Welfare
Department

Form

Form No. 1
Date

Name of the person
Address

Signature of the person

Date

Signature of the official

Name of the official

Signature of the official

Name of the official

For the purpose of this form, the following information is required to be filled in the respective columns.

Form No. 1

Sl. No.	Name of the person	Address	Signature of the person	Date
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

For the purpose of this form

For the purpose of this form

Date

Encuesta de diagnóstico de movilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Se registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

El formulario se creó en Bogotá es TIC. [Denunciar abuso](#)

Google Formularios

Encuesta de diagnóstico de movilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

2. Registro de respuestas

3. Anexos

4. Anexos de la encuesta

5. Anexos de la encuesta