

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-02-01	Hasta:	2024-02-29	
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 - COORDINADOR 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 Pertenec:	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	\$3108804	67.4%	
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3108804	TRES MILLONES CIENTOOCHO MIL OCHOCIENTOS CUATROPESOS			

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
5	2024-01-01	2024-02-15	5	\$ 4412496	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	\$ 5465478	609

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	MAYO	\$ 3108804	
2	JUNIO	\$ 3259230	
3	JULIO	\$ 3459798	
4	AGOSTO	\$ 3259230	
5	SEPTIEMBRE	\$ 3860934	
6	OCTUBRE	\$ 3810792	
7	NOVIEMBRE	\$ 3409656	
8	DICIEMBRE	\$ 3610224	
9	ENERO	\$ 2858094	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 4613064	\$ 39862890	\$ 30636762	\$ 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.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.
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 guía 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 lineamientos.	- 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	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		\$ 2858094
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	74701277	-			
2024	ENERO	2024	02	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVENTA Y CUATROPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1256666.6666667	\$ 201067	\$ 208000	
Salud					COMPENSAR		\$ 157083	\$ 162500	
ARL				3	SURA		\$ 30612	\$ 31700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 364710	\$ 402200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria		BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24104726060	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						CARLOS MAURICIO DAZA BELLO		2024-02-24 12:40:28	
ACEPTADO SUPERVISIÓN						LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO		2024-02-27 22:00:36	
ACEPTADO CONTRATACIÓN						MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2024-02-28 15:43:14	

Laydi Viviana Martínez Oliveros

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74701277	\$402.200	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74701277	10
					TOTAL A PAGAR
					\$402.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1020728050	DAZA BELLO CARLOS MAURICIO	59	0	N																				230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Carlos Daza <carlosmss747@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 449983720 ✓

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: carlosmss747@hotmail.com

11 de febrero de 2024, 20:41

**¡Hola, Carlos Mauricio Daza Bello!**

Gracias por utilizar los servicios de BANCO CAJA SOCIAL y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

CUS: 449983720

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor de la Transacción: \$ 402.200

Fecha de Transacción: 11/02/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

Recibidos (2) - carlosmss747@...EditarWhatsApp

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.10620453

GoogleGmailDriveCalendarYouTubeFacebookMessengerZoomGoogle Cloud WhatsAppConsulte su EPSServicio Público de...Mi home de usuario...edclubAutismoMarco emociones»Todos los marcadores

Homepage

Aumentar el contrasteUTC -5 13:53:38CARLOS MAURICIO D...

BúsquedaMis procesosMenúIr a

Buscar...

EscritorioMenúAdministración de contratosVer contrato

1Información general

2Condiciones

3Bienes y servicios

4Documentos del Proveedor

5Documentos del contrato

6Información presupuestal

7Ejecución del Contrato

8Modificaciones del Contrato

9Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

PorcentajeRecepción 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 7341-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 7341-2022.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 5974-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5974-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5974-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5974-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5974- 2023..pdf	CUENTA JULIO CTO 5974- 2023..pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5974- 2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5974- 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5974 - 2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5974 - 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5974 - 2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5974 - 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5974-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5974-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 5974-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5974-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 5974 - 2023 .pdf	CUENTA ENERO CTO 5974 - 2023 .pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

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

ENCUESTA SEGURIDAD INFORMÁTICA E INFORMACIÓN

Nombre

Agradecemos su aporte en el diligenciamiento de tan valiosa información

Aceptar

Area

Pregunta requerida

Unidad

Pregunta requerida

SECCIÓN 1: CONCIENCIA DE SEGURIDAD

1. ¿Está al tanto de las políticas de seguridad de la información de la entidad?

☐ Si

☐ No

