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:**	2024-03-01	**Hasta:**	2024-03-31	
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	$2958378	64.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2958378**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHOPESOS**		

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

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 7721868	873

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
10	FEBRERO	$ 3108804
11	MARZO	$ 2958378

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 47584758**	**$ 36703944**	**$ 10880814**

	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.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.
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 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	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 3108804
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	75674737	-		
2024	**FEBRERO**	**2024**	**03**	**19**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**TRES MILLONES CIENTOOCHO MIL OCHOCIENTOS CUATROPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	**$ 210700**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 164700**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 32200**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 407600**

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	2024-03-22 22:00:46
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-03-27 16:48:27
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-03-29 15:15:37
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-04-12 14:36:20

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	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	
2024-02	2024-02	I	19/03/2024	75674737	$407.600	

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	163.800	0		0		0	6	900	0	164.700	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	209.600	0	0	0	0	6	1.100	0	210.700	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	32.000				32.000	6	200	32.200			320	32.200	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	163.800	164.700
Pensión	1	209.600	210.700
Riesgos Laborales	1	32.000	32.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	405.400	407.600

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
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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-02	2024-02	I	19/03/2024	75674737	$407.600	

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	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1020728050	DAZA BELLO CARLOS MAURICIO	59	0			N																	230301	1.310.000	209.600	0	0	0	0	EPS008	1.310.000	163.800	14-11	1.310.000	3	32.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco Caja Social
Su banco amigo.

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
18 marzo 2024 7:46 pm

DIRECCIÓN IP. 186.154.44.186

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4078323969457267

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
72679PHT

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$407.600,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	75674737
FECHA DE LA SOLICITUD	18 marzo 2024
REFERENCIA 1	186.154.44.186
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1020728050
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	522228124
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******6060

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

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? 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
☐	CUENTA FEBRERO CTO 5974-2023.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 5974-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >