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:	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ		**Número de Documento:**	1022363360	
Correo Electrónico:	karenlflorezc@gmail.com		**Número Telefónico:**	3213708157	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5973-2023	**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		2023-05-06		**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	$ 17700126	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 4613064	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	$ 50142	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 9226128	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 6618744	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 7220448	609

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 9226128	873

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 3860934
2	JUNIO	$ 4613064
3	JULIO	$ 4613064
4	AGOSTO	$ 4613064
5	SEPTIEMBRE	$ 4663206
6	OCTUBRE	$ 4613064
7	NOVIEMBRE	$ 4613064
8	DICIEMBRE	$ 4613064
9	ENERO	$ 4613064
10	FEBRERO	$ 4613064
11	MARZO	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 59267844**	**$ 50041716**	**$ 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	-Se realiza agendamiento y visitas para la valoración inicial y sesiones de seguimiento por psicología EAC.	-Base de datos, formatos de valoración inicial en físico, historias clínicas.
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-Valoración inicial a través de la aplicación de pruebas ZUNG, HAMILTON, WHODAS, y evaluación de ideación suicida.	-Pruebas en físico diligenciadas, historias clínicas soportes digitales, verificación base de datos.
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo	-Intervenciones iniciales de valoración con familias focalizadas en base de datos. Planteamiento de objetivos específicos según necesidades evidenciadas.	-Verificación soportes digitales, base de datos visitas efectivas.
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.	-Concertación de las siguientes sesiones de seguimiento en intervención individual, bajo los lineamientos de la guía operativa de salud mental Enfrentando Problemas Plus EP-Plus, y teniendo como base GI-MHGAP.	-Soportes digitales historia clínica.
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP	-Visitas de proceso de valoración primera sesión.	-Resultados en formatos en físico y soportes digitales de pruebas aplicadas primera sesión.

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.	-Preparación para aplicar pruebas complementarias en caso de que aplique.	-Pruebas dentro de las carpetas digitales, consulta de las mismas.
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	-Aplicación de pruebas complementarias en caso de que aplique, como WHODAS, BARTHEL, ZARIT, etc.	-Soportes digitales y en físico de resultados de las pruebas en caso de que aplique.
8	8. Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado	-Realización de compromisos establecidos con supervisores en el Comité del Cuidado, según las necesidades de los casos presentados y las directrices dadas.	-Historia clínica.
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-Identificar casos que requieran presentación en el Comité del Cuidado.	-Priorización y presentación de casos.
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.	-Organización de carpetas digitales y documentación en físico según requerimientos.	-Carpetas digitales historia clínica.
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	-Organización de carpetas digitales y documentación en físico según requerimientos.	-Carpetas digitales historia clínica.
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.	-Revisión de guía operativa vigente y planificación-ejecución de actividades de acuerdo a la misma.	-Historia clínica, Anexo 27, fichas de notificación sistema de vigilancia de eventos de interés en salud pública.
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Actualización diaria de carpetas e historias clínicas por usuarios visitados.	-Carpetas digitales historia clínica.
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-Participación en capacitaciones y espacios de fortalecimiento técnico liderados por el especialista en psiquiatría, dentro del espacio de los Comités del Cuidado.	-Listados 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.	-Planificación, ejecución y registro de actividades realizadas en territorio de acuerdo a las obligaciones contenidas en matriz programática entregada por la Secretaria de Salud.	-Historias clínicas, Anexo 27, fichas de notificación sistemas de vigilancias de eventos de interés en salud pública, remisiones a otras áreas.

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	75586765	-		$ 4613064
2024	FEBRERO	2024	03	15				

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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1845226	$ 295236	**$ 295300**
Salud		COMPENSAR		$ 230653	**$ 230700**
ARL	3	POSITIVA		$ 44950	**$ 45000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 535521**	**$ 571000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24111231306

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	2024-03-24 14:09:18
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	2024-03-26 23:00:41
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	2024-03-26 23:01:51
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-03-27 16:47:35
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-03-29 15:16:25
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

© Siasur - 2024

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	1022363360	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ	CARRERA 21#145A-30	3043538	KLFLOREZC@UNAL.EDU.CO	
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	15/03/2024	75586765	$571.600	

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	230.700	0		0		0	1	200	0	230.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	295.300	0	0	0	0	1	300	0	295.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	45.000				45.000	1	100	45.100			450	45.100	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	230.700	230.900
Pensión	1	295.300	295.600
Riesgos Laborales	1	45.000	45.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	571.000	571.600

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022363360	KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ		CARRERA 21#145A-30	3043538	KLFLOREZC@UNAL.EDU.CO	
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	15/03/2024	75586765	$571.600	

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	Estornado	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	1022363360	FLOREZ CRUZ KAREN LILIANA	59	0			N																	25-14	1.845.226	295.300	0	0	0	0	EPS008	1.845.226	230.700	14-23	1.845.226	3	45.000		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
14 marzo 2024 9:07 pm

DIRECCIÓN IP. 190.157.76.75

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4074320377905022

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
50222MFA

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$571.600,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	75586765
FECHA DE LA SOLICITUD	14 marzo 2024
REFERENCIA 1	190.157.76.75
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1022363360
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	514361730
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******1306

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

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					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA ABRIL CTO 7340-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 7340-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 5973-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5973-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5973-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5973-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

8 Ejecución del Contrato

9 Modificaciones del Contrato

10 Incumplimientos

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 7340-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 7340-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 5973-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5973-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5973-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5973-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5973-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5973-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5973-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5973-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5973-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5973-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5973-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5973-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5973-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5973-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 5973-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5973-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 5973-2024.pdf	CUENTA ENERO CTO 5973-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 5973-2024.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 5973-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Buscar 2:04 p. m. 24/03/2024

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

mut72gu44X

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

KAREN LILIANA FLOREZ CRUZ

1022363360

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SARLAFT LA/FT-SICOF -PTEE

40 horas

GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLÓN
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
Oficial de Cumplimiento Principal SARLAF LA/FT- SICOF -PTEE

El presente se otorga el: marzo 26, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ