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:	MARY LUZ DUARTE GARZON		**Número de Documento:**	1019022042
Correo Electrónico:	ARCHIVOPERSONAL1988@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3163819178
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5977-2023	**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	$4613064	92%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 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	$ 4964058	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	$ 540	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 9226128	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 6618744	232

© Siasur - 2024

Powered by CamScanner

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 7621584	609
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	$ 4964058
4	AGOSTO	$ 4613064
5	SEPTIEMBRE	$ 4613604
6	OCTUBRE	$ 4613064
7	NOVIEMBRE	$ 4613064
8	DICIEMBRE	$ 4613064
9	ENERO	$ 4613064
10	FEBRERO	$ 5014200
11	MARZO	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 59970372**	**$ 50744244**	**$ 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	-Agendar visita para valoración de la misma	--Aplicación de tamizaje Zung y Hamiltong , con respectivo consentimiento.
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	--Valoración inicial para captura de información inicial.	--Verificación bases datos y agendamiento de visitas para valoración y formatos diligenciados
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 de 90 minutos para cada sesión	--Base de datos y pruebas aplicadas
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP	-Psicoeducación a familiares y redes de apoyo	--Resultados de tamizajes de cada sesión

Powered by CamScanner

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.	--Informar al usuario el motivo de la valoración	--Resultado e informe de cada tamizaje
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	-Aplicación de tamizajes	--Resultado 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 en comité de cuidado
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	--Llevar evidencias de cada caso	--Priorizar y realizar reporte según sea la entidad
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	--Carpetas para reposar información
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.	--Actualizar información	--Recolectar y realizar actividades en la unidad a diario
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Entregar información en tiempos establecidos	--actualizar diariamente base de datos compartidas
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-Entregar información en tiempos establecidos	--actualizar diariamente base de datos compartidas
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.	--Llevar casos que requieren valoración por psiquiatría	--Acta de comité con temas tratados

Powered by CamScanner

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	$ 5014200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1062212091	-		
2024	FEBRERO	2024	03	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES CATORCE MIL DOSCIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2005680	$ 320909	**$ 321000**
Salud		SALUD TOTAL		$ 250710	**$ 250800**
ARL	3	SURA		$ 48858	**$ 48900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 582089**	**$ 620700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	473870146387

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARY LUZ DUARTE GARZON	2024-03-22 15:59:48
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-03-28 13:39:59
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-03-29 15:17:23
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

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-03-13, 04:12:20 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1062212091

Periodo Cotización: febrero de 2024 **Periodo Servicio:** febrero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810416586

PAGADO 12/03/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARY LUZ DUARTE GARZON		
Documento	CC1019022042	**Dirección**	CL 12 #13 - 71 TO 11 APT 502
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3163819178
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDF	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	L MA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1019022042	MARY LUZ DUARTE GARZON	59	00										X							0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.005.680	$ 321.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 2.005.680	$ 250.800	2.436	$ 2.005.680	$ 48.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 620.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.005.680	$ 2.005.680	$ 2.005.680	$ 0	$ 321.000	$ 250.800	$ 48.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 620.700	$ 1.200	$ 621.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
509956143

Destino de pago
SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo
1019022042

Fecha
12/03/2024

Número de aprobación
00956143

Dirección IP
179.51.124.67

Valor transacción
$ 621.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
CedulaDeCiudadania	1019022042	10.3.5.103

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

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 7829-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 7829-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 5977-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5977-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5977-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5977-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5977-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5977-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5977-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5977- 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5977 - 2023 .pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5977 - 2023 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5977-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5977-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRECTO 5977-2023 - copia (2).pdf	CUENTA NOVIEMBRECTO 5977-2023 - copia (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 5977-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5977-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 5977-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 5977-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 5977-2023.pdf	CUENTA FEBRERO 5977-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

fCcwOYcwCq

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

MARY LUZ DUARTE GARZON

1019022042

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

Powered by CamScanner