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:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30	
Nombre del Contratista:	JERALDINE ANDREA GONZALEZ QUINTERO		**Número de Documento:**	1023021908	
Correo Electrónico:	jeraldiineandrea@gmail.com		**Número Telefónico:**	3058761886	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5991-2023	**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	$5114484	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5114484**	**CINCO MILLONES CIENTOCATORCE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		**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	$ 18452256	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 4613014	2836
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
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

© Siasur - 2024

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	$ 4613064
2	JUNIO	$ 4613014
3	JULIO	$ 4613064
4	AGOSTO	$ 4613064
5	SEPTIEMBRE	$ 4613064
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	**$ 59969782**	**$ 50743654**	**$ 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.	-Valoración y seguimiento a pacientes remitidos por profesional médico identificados por riesgo en salud mental. -Seguimiento individual atención por psicología EAC y relevo domiciliario al cuidador	- Historia clínica -Aplicativo
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-Realizar valoración y aplicación de tamizajes y seguimientos correspondientes a plan de manejo.	- Aplicativo} -Historia clínica
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo.	-Desarrollo de actividades orientadas según guía operativa actual	-Información aplicada en sesiones la cual se registra en historia clínica y aplicativo
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.	- Diseñar y ejecutar plan terapéutico orientado en necesidades psicológicas identificadas en cada paciente	- Ejecución de estrategias durante sesión lo cual se consolida en historia clínica según número de sesión y necesidades a nivel psicosocial identificadas en el paciente.
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP.	- Realizar aplicación de formato al inicio de intervención, posteriormente en cada sesión y por último al finalizar tratamiento con el objetivo de identificar avances en proceso psicoterapéutico.	- Aplicativo

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.	- Realizar atención a pacientes asignados por riesgo en salud mental y programa relevo domiciliario al cuidador	- Historia clínica -Plan de cuidado
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 complementarios según proceso que corresponda	- Historia clínica -Aplicativo
8	8. Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado	-Socialización de casos con respectiva prioridad con el objetivo de obtener orientación por parte de profesional asignado.	- Comité de salud mental
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-Participación en comité donde se exponen casos de prioridad alta y se realiza fortalecimiento según capacitaciones programadas	-Acta de comité -Proceso de capacitación
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.	-Realizar análisis de cada caso con el objetivo de brindar atención oportuna y desarrollar actividades de notificación según tiempos establecidos.	-Notificaciones SIVIGILA - Canalización SIRC
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	-Realizar respectivos folios en tiempos establecidos los cuales se consignan con profesional a cargo	-Consentimiento informado - Disentimiento informado
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.	-Desarrollo de actividades establecidas según modelo de guía operativa correspondiente a convenio 002-2023.	- Aplicación de guía operativa en tratamiento terapéutico -Historia clínica Desarrollo de plan terapéutico individual -Actualización de plan de cuidado
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Realizar consulta a pacientes de acuerdo a agendamiento donde se registra información en historia clínica	-Historia clínica -Aplicativo
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-NA	-NA
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 actividades teniendo en cuenta lineamientos de guía operativa actualizada para convenio 002-2023.	-Proceso de agendamiento según frecuencia establecida en manual operativo -Valoración y seguimiento de casos identificados con riesgo en salud mental Implementación de criterios de guía operativa lo cual se soporta en historia clínica. - Diligenciamiento de información en aplicativo

© Siasur - 2024

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	$ 4613064
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9465637287	-		
2024	**MARZO**	**2024**	**04**	**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	PORVENIR	$ 1845226	$ 295236	**$ 327400**
Salud		FAMISANAR		$ 230653	**$ 255800**
ARL	3	COLMENA		$ 44950	**$ 49900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 535521**	**$ 633100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24122155743

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JERALDINE ANDREA GONZALEZ QUINTERO	2024-04-26 15:38:06
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-04-28 12:31:11
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-04-28 14:59:43

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023021908		GONZALEZ QUINTERO JERALDINE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 75 b sur # 10 a 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4960709	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	573520853	9465637287	I	2024/04/03	2024/04/15	BANCO CAJA SOCIAL	12	$639,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,045,794	$327,400			$2,045,794	$255,800			$0	$0			$2,045,794		$49,900		$0	$0		$633,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,045,794	$327,400			$2,045,794	$255,800			$0	$0			$2,045,794		$49,900		$0	$0		$633,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,045,794	$327,400			$2,045,794	$255,800			$0	$0			$2,045,794		$49,900		$0	$0		$633,100
1	CC	1023021908	GONZALEZ JERALDINE									X								23030 1	30	$2,045,794	$327,400	EPS017	30	$2,045,794	$255,800		0	$0	$0	14-25	30	$2,045,794	2.436%	$49,900	0	$0	$0	No	$633,100
Total		**Afiliados(1)**																				$2,045,794	$327,400			$2,045,794	$255,800			$0	$0			$2,045,794		$49,900		$0	$0		$633,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023021908		GONZALEZ QUINTERO JERALDINE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 75 b sur # 10 a 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4960709	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	573520853	9465637287	I	2024/04/03	2024/04/15	BANCO CAJA SOCIAL	12	$639,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$327,400	$3,400	$0	$330,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$327,400	$3,400	$0	$330,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$49,900	$600	$0	$50,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$49,900	$600	$0	$50,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,800	$2,700	$0	$258,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$255,800	$2,700	$0	$258,500
TOTAL				1	$633,100	$6,700	$0	$639,800

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
13 abril 2024 12:38 pm

DIRECCIÓN IP. 181.53.13.160

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4104328940744279

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
42793MSS

NOMBRE DEL COMERCIO	APORTES EN LINEA
NIT DEL COMERCIO	9999001472382
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$639.800,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	9465637287
FECHA DE LA SOLICITUD	13 abril 2024
REFERENCIA 1	192.168.12.180
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1023021908
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	573520853
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de la Planilla de aportes con clave 9465637287
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******5743

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		
☐	SOPORTE DE PAGO FEBRERO	SECOP (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTE DE PAGO MARZO.pdf	SOPORTE DE PAGO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 3829-2023.pdf	CUENTA ABRIL CTO 3829-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

INDUCCIÓN ESPECÍFICA 2024

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

UVRvNZjdOl

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

JERALDINE ANDREA GONZALEZ QUINTERO

1023021908

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: abril 18, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ