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:**	2024-05-01	**Hasta:**	2024-05-31	
Nombre del Contratista:	RUBIA ANGELA CARRANZA		**Número de Documento:**	20715440	
Correo Electrónico:	psicologa0512@gmail.com		**Número Telefónico:**	3186936644	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5972-2023	**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	$4562922	98.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4562922**	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS VEINTIDOSPESOS**		

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	$ 4562922	2836
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 9125844	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	$ 8975418	873

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 4613064
2	JUNIO	$ 4613064
3	JULIO	$ 4613064
4	AGOSTO	$ 4562922
5	SEPTIEMBRE	$ 4613064
6	OCTUBRE	$ 4512780
7	NOVIEMBRE	$ 4613064
8	DICIEMBRE	$ 4613064
9	ENERO	$ 4613064
10	FEBRERO	$ 4362354
11	MARZO	$ 4613064
12	ABRIL	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 59568696**	**$ 54955632**	**$ 4613064**

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	--1-Se realiza atención individual en domicilio de los pacientes por parte del profesional en Psicología	-- Se evidencia se refleja en el drive, aplicativo, base y consentimientos informados
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	--Se realizan visitas domiciliarias, valoraciones y Se realizan las respectivas activaciones según el plan de manejo evaluación EP mh GAP, Intervenciones Psicosociales, de fortalecimiento de redes de apoyo.	- Se deja la respectiva evidencia
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo	-Aplicaciones de tamizajes para diagnóstico de depresión y ansiedad. -La evidencia se ve reflejada en los resultados en su respectiva base.	- Se deja evidencia en la documentación respectiva.
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.	-Se realizan las respectivas intervenciones Psicológicas bajo los lineamientos establecidos por SDS.	- Se deja evidencia en los respectivos documentos

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP	-Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP, mediante la cual se establecen herramientas de apoyo para el paciente.	-Se deja evidencia en documentación respectiva, aplicativo.
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.	-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.	-Se deja evidencia en las llamadas y la respectiva agenda miento desde la subred.
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	-Se realizan las mencionadas visitas complementarias, aplican pruebas y se registran los respectivos resultados en la recolección de la información.	- La evidencia se ve reflejada en el Drive, Aplicativo, en la base general.
8	8. Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado	-Se socializan los resultados de las visitas complementarias, se presentan los casos de mayor complejidad en el comité del cuidado.	- Se dejan las respectivas evidencias en las historias Clínicas
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	--Se participa de manera activa en el comité del cuidado mediante la socialización de los casos de alta complejidad, socialización de temáticas que nos permiten adquirir conocimientos ,	-Se evidencia la participación en los respectivos listados de asistencia.
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.	-Analizar diariamente la información recolectada con el fin de disponer a tiempo de las variables necesarias para la construcción colectiva de las citadas recomendaciones.	-Se deja la respectiva evidencia en el drive, aplicativo y la base general
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	-Se organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	-Se entrega los debidos consentimientos para el respectivo proceso de archivo.
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.	--Se realiza las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	-La evidencia se ve reflejada en la respectiva documentación.
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Se registra oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Evidenciando las acciones realizadas en el drive, aplicativo y base general
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-la evidencia se ve reflejada en las respectivas listas 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.	-Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo con 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.	-Las evidencias se ven reflejadas en el drive, aplicativo, historias clínicas, base general.

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**	1063193182	-		
2024	**ABRIL**	**2024**	**05**	**20**				

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	**$ 295300**
Salud		COMPENSAR		$ 230653	**$ 230700**
ARL	3	COLMENA		$ 44950	**$ 45000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 535521**	**$ 571000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	15418973967

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	RUBIA ANGELA CARRANZA	2024-05-27 08:05:47
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-05-28 18:35:27
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	RUBIA ANGELA CARRANZA	2024-05-28 22:49:23
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-05-29 22:57:11
RECHAZADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-05-30 18:34:24
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	RUBIA ANGELA CARRANZA	2024-05-30 20:00:29
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-05-30 20:18:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-05-31 16:53:12

© Siasur - 2024

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-20, 09:49:02 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063193182

Periodo Cotización: abril de 2024 **Periodo Servicio:** abril de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810320257

PAGADO 20/05/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RUBIA ANGELA CARRANZA		
Documento	CC20715440	**Dirección**	CLL1G#41A-10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3186936644
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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 20715440	RUBIA ANGELA CARRANZA	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.845.600	$ 295.300	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.845.600	$ 230.700	2,436	$ 1.845.600	$ 45.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.845.600	$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 608.000

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
$ 1.845.600	$ 1.845.600	$ 1.845.600	$ 1.845.600	$ 295.300	$ 230.700	$ 45.000	$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 608.000	$ 5.000	$ 613.000

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-24, 04:09:39 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063838191

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810320257

PAGADO 23/05/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RUBIA ANGELA CARRANZA		
Documento	CC20715440	**Dirección**	CLL1G#41A-10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3186936644
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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 20715440	RUBIA ANGELA CARRANZA	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.845.600	$ 295.300	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.845.600	$ 230.700	2,436	$ 1.845.600	$ 45.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.845.600	$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 608.000

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
$ 1.845.600	$ 1.845.600	$ 1.845.600	$ 1.845.600	$ 295.300	$ 230.700	$ 45.000	$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 608.000	$ 0	$ 608.000

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.

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 MAYO CTO 5972-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5972-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5972-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5972-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5972-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5972-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5972-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 5972-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 5972-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 5972-2023.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA CT. MARZO 5972-2023.pdf	CUENTA CT. MARZO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 5972-2023.pdf	CUENTA ABRIL CTO 5972-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >