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:**	2024-06-01	**Hasta:**	2024-06-30	
Nombre del Contratista:	LORENA MARCELA COLORADO SANCHEZ		**Número de Documento:**	1020755645	
Correo Electrónico:	lcolorados90@gmail.com		**Número Telefónico:**	3046258775	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5983-2023	**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	$4713348	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4713348**	**CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**		

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	$ 17499558	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 2958378	2836
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 8774850	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 6719028	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 7721868	609

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 8824992	873
8	2024-05-01	2024-05-31	8	$ 250710	1416
9	2024-06-01	2024-07-15	9	$ 6919596	1425

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 3509940
2	JUNIO	$ 3660366
3	JULIO	$ 4362354
4	AGOSTO	$ 4312212
5	SEPTIEMBRE	$ 3810792
6	OCTUBRE	$ 4613064
7	NOVIEMBRE	$ 4964058
8	DICIEMBRE	$ 4613064
9	ENERO	$ 4713348
10	FEBRERO	$ 4713348
11	MARZO	$ 4613064
12	ABRIL	$ 4663206
13	MAYO	$ 4763490

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 64282044**	**$ 57312306**	**$ 6969738**

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 de psicología	-Historia clínica.
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-Se da cuenta de escaladas de ansiedad y depresión.	-Físico, magnético.
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo.	-Estrategias del manejo del estrés y ansiedad.	-- Magnético.

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 sesiones en el mhGAP.	- Historia Clínica.
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP.	-Se analizan las escalas Whodas 2.0, Hamilton y Zug	-Físico, magnético e Historia Clínica.
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.	- Se programan las visitas según cronograma	-Historias Clínicas.
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	- Se programan las visitas según cronograma.	- Historias Clínicas
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 realiza la socialización de los casos con alta prioridad y medios.	Historia Clínica, formato de asistencia.
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	- Participar activamente en el comité de cuidado, para mencionar los casos con alta prioridad y medios.	-Formato de Listado 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.	-Subir información de cada usuario dependiendo de su caso.	-Conducir el proceso
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	-Se realiza el debido proceso documental con los; consentimientos informados de los pacientes atendidos	-Físico.
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 programan las visitas según cronograma	-Historia Clínica
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad	-Se programan las visitas según cronograma. Subir oportunamente la historia clínica de cada usuario.	-Drive, Historia Clínica y aplicativo.
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-Se socializa los casos dependiendo de la situación con el médico Familiar.	-Historia Clínica, medio magnético
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.	-Se programan las visitas según cronograma para así lograr la meta programada.	-Historia Clínica

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	$ 4763490
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	77341238	-		
2024	**MAYO**	**2024**	**05**	**27**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTAPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1905396	$ 304863	**$ 308100**
Salud		COMPENSAR		$ 238175	**$ 240700**
ARL	3	SURA		$ 46415	**$ 47000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 552984**	**$ 595800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	18983617511

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LORENA MARCELA COLORADO SANCHEZ	2024-06-24 21:59:02
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-06-27 22:55:09
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LORENA MARCELA COLORADO SANCHEZ	2024-06-28 05:54:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-06-28 15:31:10
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-06-28 18:56:08



LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2024

Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M2395221

Pago realizado

Pago en

Compensar-oi

¿Cuánto?

$ 595.800,00

Fecha

27 de mayo de 2024 a las 11:11 a. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

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	1020755645	LORENA MARCELA COLORADO SANCHEZ	Calle 151 #56A-70	0000000000	lcolorados90@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	27/05/2024	77341238	$595.800	

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	240.700	0		0		0	0	0	0	240.700	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	308.100	0	0	0	0	0	0		308.100	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	47.000				47.000	0	0	47.000			470	47.000	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	240.700	240.700
Pensión	1	308.100	308.100
Riesgos Laborales	1	47.000	47.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	595.800	595.800

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	1020755645	LORENA MARCELA COLORADO SANCHEZ		Calle 151 #56A-70	0000000000	lcolorados90@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

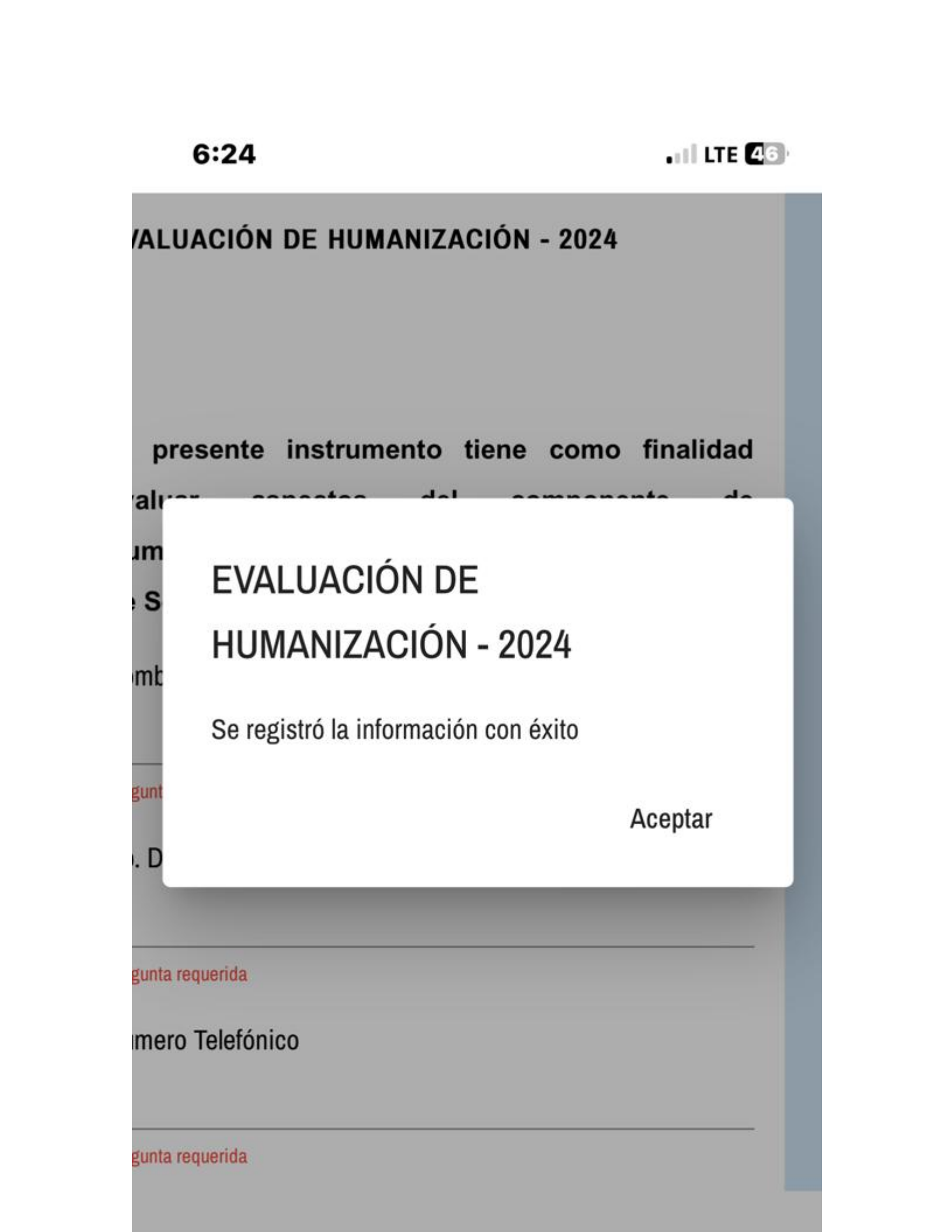
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	27/05/2024	77341238	$595.800	

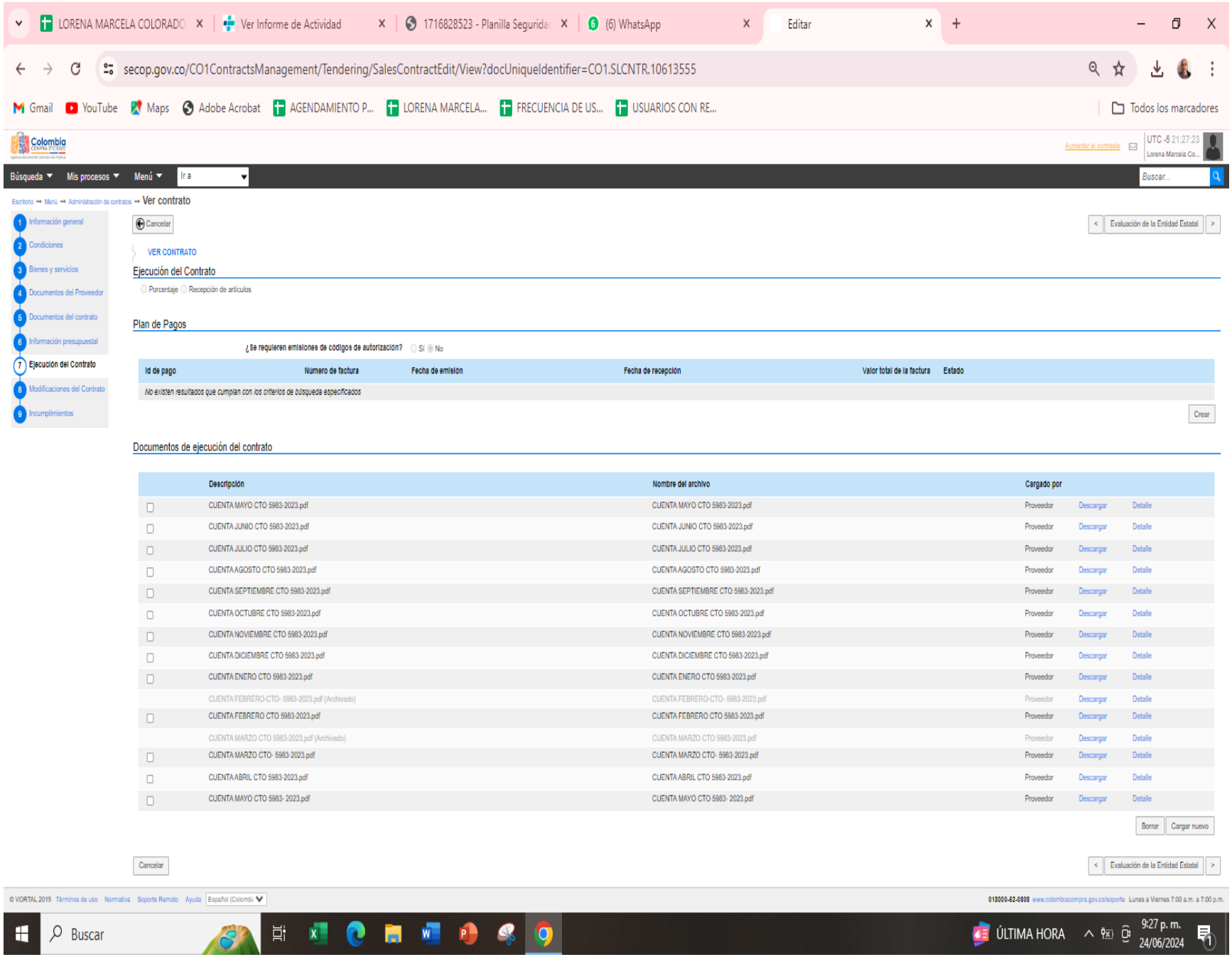
DETALLE POR COTIZANTE

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	1020755645	COLORADO SANCHEZ LORENA MARCELA	57	0			N																	230301	1.925.452	308.100	0	0	0	0	EPS008	1.925.452	240.700	14-11	1.925.452	3	47.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


6:24
LTE 46
VALUACIÓN DE HUMANIZACIÓN - 2024
presente instrumento tiene como finalidad
EVALUACIÓN DE HUMANIZACIÓN - 2024
Se registró la información con éxito
Aceptar
gunta requerida
mero Telefónico
gunta requerida


LORENA MARCELA COLORADO
Ver Informe de Actividad
1716828523 - Planilla Seguridad
(6) WhatsApp
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.10613555
Gmail
YouTube
Maps
Adobe Acrobat
AGENDAMIENTO P...
LORENA MARCELA...
FRECUENCIA DE US...
USUARIOS CON RE...
Todos los marcadores
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 21:27:23
Lorena Marcela Co...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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 MAYO CTO 5983-2023.pdf
CUENTA JUNIO CTO 5983-2023.pdf
CUENTA JULIO CTO 5983-2023.pdf
CUENTA AGOSTO CTO 5983-2023.pdf
CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5983-2023.pdf
CUENTA OCTUBRE CTO 5983-2023.pdf
CUENTA NOVIEMBRE CTO 5983-2023.pdf
CUENTA DICIEMBRE CTO 5983-2023.pdf
CUENTA ENERO CTO 5983-2023.pdf
CUENTA FEBRERO-CTO- 5983-2023.pdf (Archivado)
CUENTA FEBRERO CTO 5983-2023.pdf
CUENTA MARZO CTO 5983-2023.pdf (Archivado)
CUENTA MARZO CTO- 5983-2023.pdf
CUENTA ABRIL CTO 5983-2023.pdf
CUENTA MAYO CTO 5983- 2023.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Buscar
ÚLTIMA HORA
9:27 p. m.
24/06/2024