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:	FAXULY NAHOMI AGUDELO PENUELA		**Número de Documento:**	1018511579	
Correo Electrónico:	FAXUAGUDELO@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3125451053	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5987-2023	**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	$4613064	97.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4613064**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA 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	$ 17198706	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 4613064	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	$ 125355	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	$ 7270590	609

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 9326412	873
8	2024-06-01	2024-07-15	8	$ 6919596	1425

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 3359514
2	JUNIO	$ 4613064
3	JULIO	$ 4613064
4	AGOSTO	$ 4613064
5	SEPTIEMBRE	$ 4613064
6	OCTUBRE	$ 4738419
7	NOVIEMBRE	$ 4613064
8	DICIEMBRE	$ 4613064
9	ENERO	$ 4613064
10	FEBRERO	$ 4663206
11	MARZO	$ 4613064
12	ABRIL	$ 4613064
13	MAYO	$ 4312212

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 65911659**	**$ 58590927**	**$ 7320732**

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.	-VISITAS REALIZADAS POR MEDIO DE RUTEO	-VISITAS REALIZADAS EN LOS BARRIOS PERTENECIENTES A LA UPZ DE GRAN YOMASA
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-APLICACIÓN DE TAMIZAJES CORRESPONDIENTES	-EN LA APLICACIÓN DE TAMIZAJE SE OBSERVAN LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN QUE PUEDE ESTAR PRESENTANDO EL USUARIO.
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo.	-INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA.	-SE REALIZAN SESIONES PSICOTERAPEUTICAS CON UNA DURACIÓN DE 90 MINUTOS APROXIMADAMENTE.

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.	-VISITAS POR MEDIO DE RUTEO	-APLICACIÓN DE PSYCHOLPS (VERSIÓN DURANTE LA INTERVENCIÓN), FORTALECIMIENTO DE REDES DE APOYO Y SE BRINDAN HERRAMIENTAS PARA OTROS TÓPICOS ESPECÍFICOS.
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP.	-PROGRAMACIÓN DE SEGUIMIENTOS	-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.	-NO ES NECESARIA LA PROGRAMACIÓN DE VISITAS COMPLEMENTARIAS.	-NO FUE NECESARIO
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	-SE REALIZA LA PROGRAMACIÓN DE VISITAS CON APLICACIÓN DE PRUEBAS Y SE REGISTRAN LOS RESULTADOS DE LAS MISMAS	-HISTORIA CLÍNICA, SOPORTE FÍSICO.
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 PRESENTAN Y ANALIZAN RESULTADOS DE VISITAS DE CARA A LA PRESENTACIÓN DE CASOS EN EL COMITÉ DEL CUIDADO.	-SOPORTE FÍSICO Y DIGITAL
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-ASISTENCIA AL COMITÉ DEL CUIDADO EN LA UNIDAD DE SANTA MARTA.	-PRESENCIA ACTIVA Y SOPORTE FÍSICO 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.	-SE REALIZA ANÁLISIS DIARIO DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA CON EL FIN DE DISPONER A TIEMPO LAS VARIABLES NECESARIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE LAS RECOMENDACIONES.	-SOPORTE FÍSICO Y REPORTE DIGITAL
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	-SE ORGANIZAN LOS SOPORTES DOCUMENTALES DE LAS ACCIONES A CARGO SIGUIENDO AS DIRECTRICES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD.	-SOPORTE FÍSICA EN ARCHIVO DEL CONVENIO.
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.	-REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LA GUÍA OPERATIVA.	-SOPORTE FISICO Y DIGITAL
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-SE REGISTRA DE MANERA OPORTUNA LA INFORMACIÓN PERTINENTE DEL USUARIO	-NO FUE NECESARIO
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-NO SE PROGRAMAN DE ESPACIOS TÉCNICOS CON EL PSIQUIATRA	-NA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 REALIZARON LLAMADAS, SEGUIMIENTOS Y VISITAS POR MEDIO DE RUTEO	-HISTORIAS CLÍNICAS, REGISTROS DIGITALES

© 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**	$ 4312212
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1063643248	-		
2024	**MAYO**	**2024**	**05**	**22**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**CUATRO MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS DOCEPESOS**						
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1724885	$ 275982	**$ 300800**
Salud					FAMISANAR		$ 215611	**$ 235000**
ARL				3	SURA		$ 42018	**$ 45800**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 500597**	**$ 581600**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24093321882

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FAXULY NAHOMI AGUDELO PEÑUELA	2024-06-26 18:37:40
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-06-27 22:57:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-06-28 13:27:32



LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2024

¡Hola, Faxuly Nahomi Agudelo Peñuela!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO CAJA SOCIAL y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**

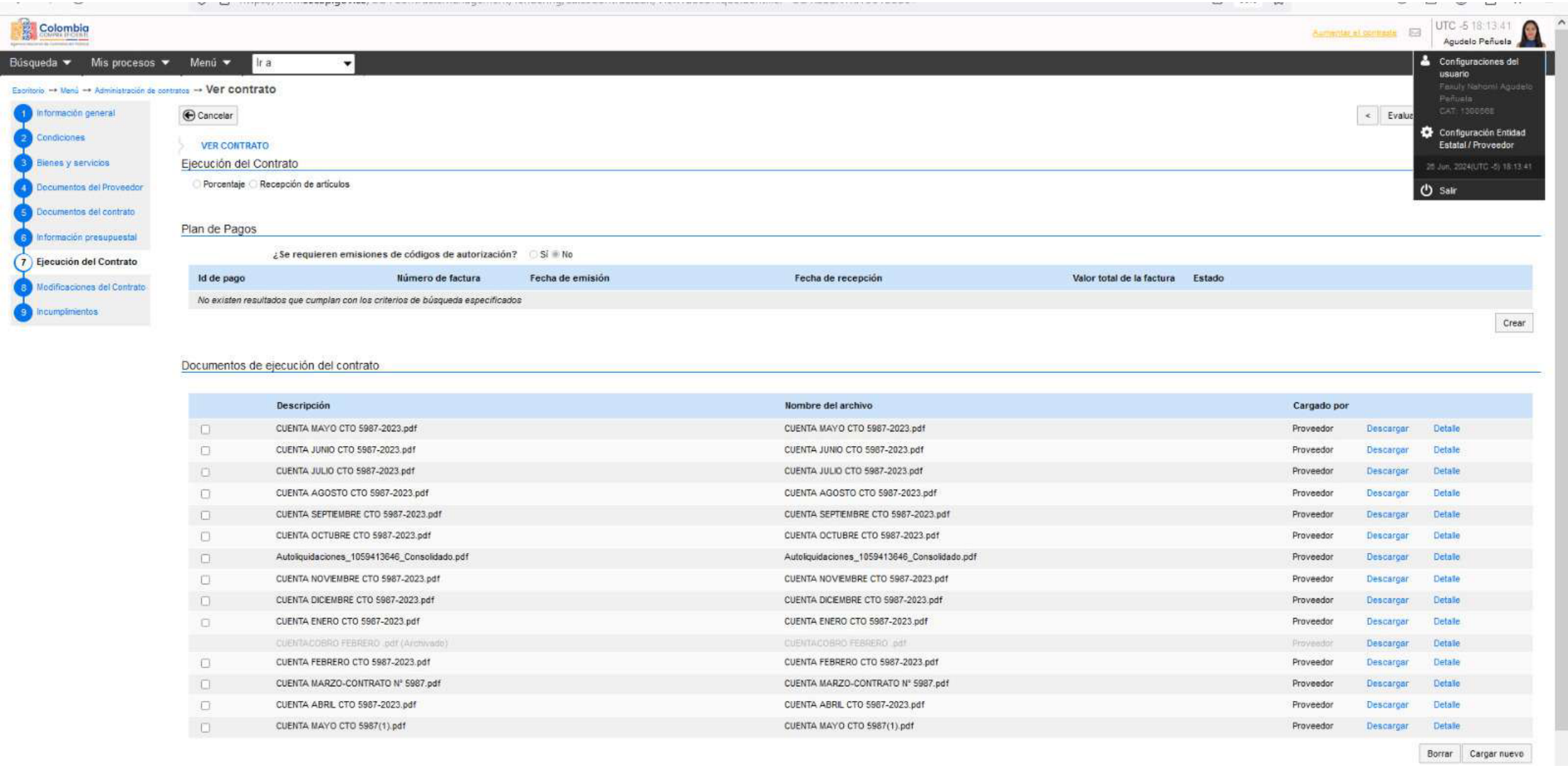
CUS: 656316363

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: 1018511579

Valor de la Transacción: $ 619.200

Fecha de Transacción: 22/05/2024


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 18:13:41
Agudelo Peñuela
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
Fanuly Nahomi Agudelo Peñuela
CAT: 1300568
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
26 Jun. 2024(UTC -5) 18:13:41
Salir
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
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 5987-2023.pdf
CUENTA JUNIO CTO 5987-2023.pdf
CUENTA JULIO CTO 5987-2023.pdf
CUENTA AGOSTO CTO 5987-2023.pdf
CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5987-2023.pdf
CUENTA OCTUBRE CTO 5987-2023.pdf
Autoliquidaciones_1059413646_Consolidado.pdf
CUENTA NOVIEMBRE CTO 5987-2023.pdf
CUENTA DICIEMBRE CTO 5987-2023.pdf
CUENTA ENERO CTO 5987-2023.pdf
CUENTACOBRO FEBRERO .pdf (Archivado)
CUENTA FEBRERO CTO 5987-2023.pdf
CUENTA MARZO-CONTRATO N° 5987.pdf
CUENTA ABRIL CTO 5987-2023.pdf
CUENTA MAYO CTO 5987(1).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-23, 04:09:54 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063643248

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810549354

PAGADO 22/05/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FAXULY NAHOMI AGUDELO PEÑUELA		
Documento	CC1018511579	**Dirección**	TV 52ABI #0 - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3125451053
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	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 1018511579	FAXULY NAHOMI AGUDELO PEÑUELA	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.880.000	$ 300.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.880.000	$ 235.000	2,436	$ 1.880.000	$ 45.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.880.000	$ 37.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 619.200

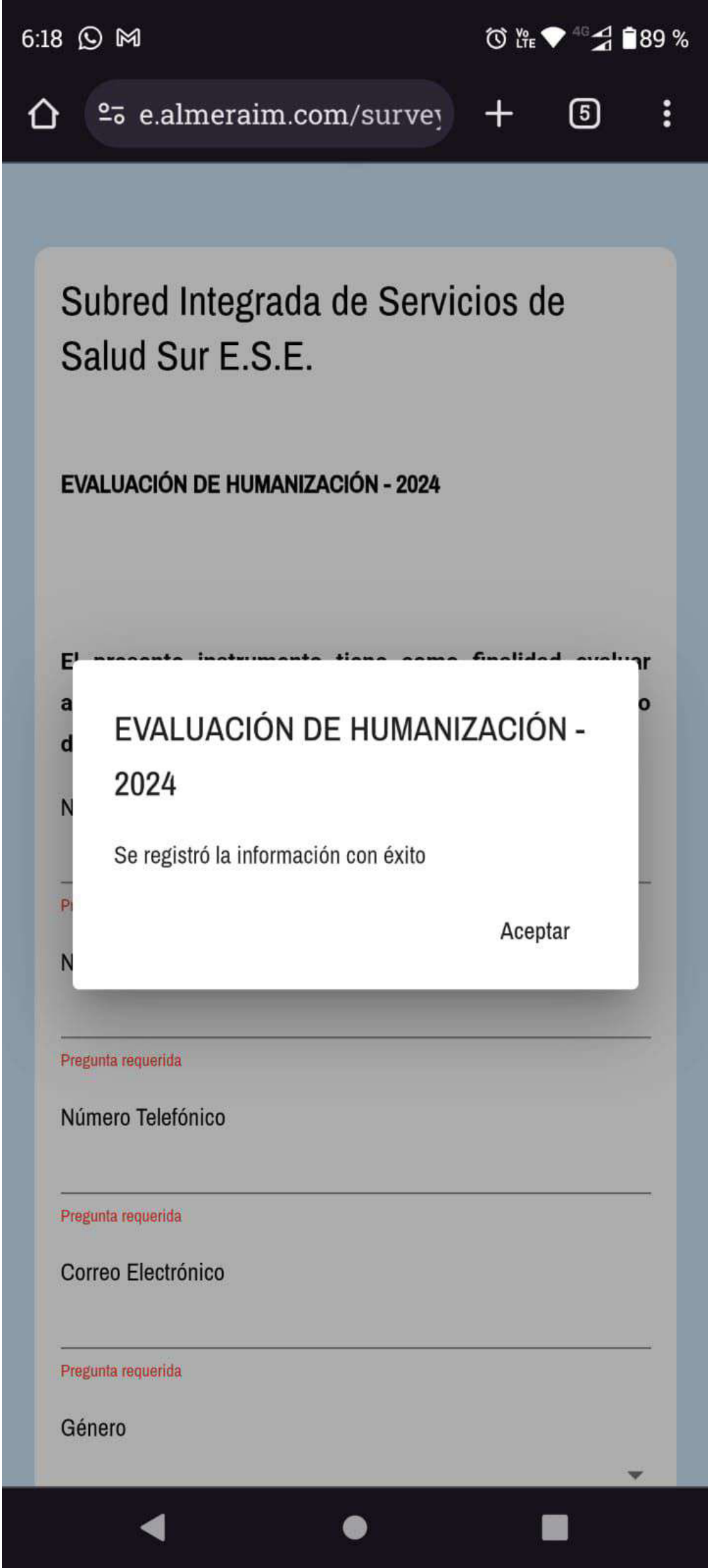
III.TOTALES

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
$ 1.880.000	$ 1.880.000	$ 1.880.000	$ 1.880.000	$ 300.800	$ 235.000	$ 45.800	$ 37.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 619.200	$ 0	$ 619.200

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.


6:18
89 %
e.almeraim.com/survey
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
EVALUACIÓN DE HUMANIZACIÓN - 2024
EVALUACIÓN DE HUMANIZACIÓN - 2024
Se registró la información con éxito
Aceptar
Pregunta requerida
Número Telefónico
Pregunta requerida
Correo Electrónico
Pregunta requerida
Género