

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-07-01	Hasta:	2024-07-31			
Nombre del Contratista:	MONICA JULIET CUEVAS QUIROGA			Número de Documento:	1014228163		
Correo Electrónico:	Moni.juliet18@gmail.com			Número Telefónico:	3144866542		
Nombre del Supervisor:	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	Cargo:	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)		Código Grado:	-	
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	5402-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1428		
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 PIC						
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD						
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA						
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	28414	\$5228176	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5228176	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEISPESOS					
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Fecha de Inicio del Contrato		2024-06-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial		2024-07-31	
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición		CDP	
1	2024-07-01	2024-09-15	1	\$ 7842264		1918	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar			
1		JUNIO		\$ 5228176			
2		JULIO		\$ 5228176			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	

\$ 10456352		\$ 18298616	\$ 10456352	\$ 7842264
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	-Para dar cumplimiento a los objetivos del plan de cuidado escolar, se ejecutan 178 sesiones individuales a través de acciones psicoeducativas virtuales y presenciales dirigidas a la comunidad educativa que presenta signos o síntomas relacionados a conducta suicida, duelo, ansiedad, trastornos mentales o del comportamiento, depresión y consumo de SPA.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, registro en cronograma, tablero de control.	
2	2. realizar la concertacion con las familias para el desarrollo de las sesiones.	-En la primer acercamiento con las familias y la comunidad educativa, se socializa la estrategia, el producto y la metodología de las acciones durante cada sesión, en esta línea, se informa que pueden participar en el proceso de atención psicosocial y educativo de los escolares, en esta línea, en las 178 sesiones, se abordan algunos padres de familia brindándoles estrategias para el manejo de situaciones relacionadas a la depresión, ansiedad, duelo, consumo de SPA y otras que ponen en riesgo su salud mental e integral.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, registro en cronograma, tablero de control.	
3	3. realizar intervencion a los casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificacion por parte de las instituciones educativas de acuerdo al lineamiento.	-En el desarrollo de las 178 sesiones se evidencian riesgos psicosociales y otros eventos que afectan a la salud mental e integral de la comunidad educativa, para ello, se informa que se realiza acompañamiento en la intervención siguiendo el protocolo de atención y el debido proceso a través de la canalización, si lo requieren.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, registro en cronograma, tablero de control.	
4	4. socializar las lineas de apoyo psicosocial y/o soporte en situacion de crisis.	-En la realización de cada sesión, se hace la socialización de las líneas de atención y apoyo psicosocial para eventos que requieran atención inmediata o notificación a instituciones y entidades que dan soporte en situaciones de crisis.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental.	
5	5. realizar fortalecimiento a los docentes frente a la identificacion de eventos en salud mental.	-Durante las concertaciones con los orientadores de las instituciones priorizadas, se les ofrecen las sesiones para docentes con el propósito de potenciar el bienestar emocional y fortalecer información frente a los eventos en salud mental.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental o sesiones colectivas de acuerdo a la sesión.	
6	6. orientar y canalizar a la poblacion de acuerdo a las necesidades y si hay lugar efectuar remision a los servicios de salud y/o sociales.	-A los estudiantes y padres de familia abordados, se les informa acerca de los servicios de salud y servicios sociales que garantizan el bienestar mental e integral, así como el acompañamiento en situaciones que lo requieran. Sin embargo, se da la claridad que para estos procesos es necesario la realización de la canalización.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, instrumento de canalización.	
7	7. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-Los formatos de cada una de las 178 sesiones de Salud mental se diligencian garantizando la veracidad de datos, la claridad del plan de intervención y las particularidades observadas durante las acciones con cada escolar y padre de familia.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, diligenciamiento precrítica.	
8	8. garantizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectad en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Se garantiza el diligenciamiento de los formatos con calidad del dato, redacción y ortografía, así como la entrega oportuna de los mismos, para dar cumplimiento a la adecuada sistematización.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, registro en cronograma, reporte semanal, tablero de control.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	-Los soportes correspondientes a las 178 sesiones individuales y colectivas se entregan oportunamente con la información de cada una, así como los productos obtenidos de acuerdo al lineamiento e indicaciones técnicas.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, diligenciamiento precrítica.
10	10. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Para dar cumplimiento a la presentación de los informes, se diligencian los tableros de control semanal y mensual y se notifican el total de las sesiones individuales y colectivas realizadas en cada localidad e institución educativa.	-Registro en cronograma, tablero de control, precrítica y reporte semanal.
11	11. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	-Los formatos con la información de cada una de las 178 sesiones individuales y colectivas ejecutadas en el mes, se alistaron y organizaron con el propósito de garantizar el proceso de gestión documental.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, diligenciamiento precrítica.
12	12. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-De manera oportuna se informo acerca de las eventualidades que interfirieron en el cumplimiento de los objetivos, efectuando ajustes en el cronograma para garantizar la veracidad y el cumplimiento de la programación correspondiente al plan de cuidado educativo.	-Registro en cronograma, tablero de control.
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Durante el plazo de ejecución de acciones, estuve atenta a indicaciones y orientaciones que me permitieran apoyar desde mi perfil profesional a las necesidades del PIC.	-No Aplica debido a que no hay soporte distinto a Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental.

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		\$ 5228176
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1064397732	-			
2024	JUNIO	2024	07	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSSETENTA Y SEIS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2091270	\$ 334603	\$ 334700	
Salud					SURA		\$ 261409	\$ 261500	
ARL				3	SURA		\$ 50943	\$ 51000	
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	Total	\$ 606928	\$ 647200	

INFORMACIÓN DE PAGO						
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24132853483

HISTÓRICO			
OBSERVACIÓN		USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		MONICA JULIET CUEVAS QUIROGA	2024-07-25 16:59:17
ACEPTADO SUPERVISIÓN		SANDRA PATRICIA AMADO REYES	2024-07-26 12:21:43
ACEPTADO CONTRATACIÓN		MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-07-26 13:42:26
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	2024-08-13 15:33:02

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sandra Amado Reyes

SANDRA PATRICIA AMADO REYES
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

PAGADO 12/07/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA JULIET CUEVAS QUIROGA		
Documento	CC1014228163	Dirección	CRA 76 69 A 15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	1
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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LME	UMA	VAC	VAP	VCT	IND	Días ARP	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 1014228163	MONICA JULIET CUEVAS QUIROGA	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 2.091.270	\$ 334.700	(EPS010) EPS SURA	\$ 2.091.270	\$ 261.500	2,436	\$ 2.091.270	\$ 51.000	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 2.091.270	\$ 41.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 689.100

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
\$ 2.091.270	\$ 2.091.270	\$ 2.091.270	\$ 2.091.270	\$ 334.700	\$ 261.500	\$ 51.000	\$ 41.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 689.100	\$ 0	\$ 689.100

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!

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

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

