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:**	2024-08-01	**Hasta:**	2024-08-31	
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 ESPECIALIZADO 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

© Siasur - 2024

$ 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 colectivas e 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 ejecución 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 y coordinadores 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, padres de familia y docentes 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 segun indicaciones tecnicas.	-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 intervencion conforme al proceso de gestion 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	1065121242	-		
2024	JULIO	2024	08	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA Y SEISPESOS			

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	2024-08-23 18:59:46
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	2024-08-24 13:46:56
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-08-27 15:16:25

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 PATRICIA AMADO REYES
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-15, 04:14:33 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1065121242

Periodo Cotización: julio de 2024 **Periodo Servicio:** julio de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8802490968

PAGADO 14/08/2024 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	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 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!

¡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

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 DE COBRO JUNIO CTO 5402-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 5402-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO CTO 5402-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO CTO 5402-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >