

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-08-01		Hasta:	2024-08-31		
Nombre del Contratista:	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO			Número de Documento:	1013651383		
Correo Electrónico:	andresrubiano.psicologo@gmail.com			Número Telefónico:	3183113921		
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS		Código Grado:	-	009-05
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	4428-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	433		
Perfil:	PSICÓLOGO						
Dirección a la que Pertenecen:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS						
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA						
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A18VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	52	0	18410	\$957320	28%
A18JB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS BENITO SAN	16	0	18410	\$294560	8.6%
A18VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	118	0	18410	\$2172380	63.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3424260	TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTAPESOS					
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Fecha de Inicio del Contrato		2024-03-12		Fecha de Terminación del Contrato Inicial		2024-04-30	
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición		CDP	
1	2024-04-01	2024-06-30	1	\$ 5357310		1013	
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 6848520		1541	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 4823420	2136
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MARZO		\$ 1933050	
2		ABRIL		\$ 3424260	
3		MAYO		\$ 3424260	
4		JUNIO		\$ 3424260	
5		JULIO		\$ 3424260	
6		AGOSTO		\$ 3424260	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6848520		\$ 23877770		\$ 19054350	\$ 4823420
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Prestar servicios de perfil (profesional de apoyo terapeutico) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Atención psicoterapeutica a pacientes en los diferentes centros, Manuela Beltran, Candelaria la nueva y san Benito		-Historias Clinicas, Fichas de Notificación, solicitudes de exámenes	
2	Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.3). Registrar en la historia clinica toda la informacion de la atencion terapeutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya)	-Diligenciar satisfactoriamente todos los campos contenidos en la historia clínica de cada patient		-Historia Clinica	
3	Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapeutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Se realiza la adherencia a los protocolos, guías y procedimiento de apoyo terapéutico		-Historia Clinica	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-Identificación, caracterización y canalización de usuarios de acuerdo a las características de cada individuo o usuario, favoreciendo la identificación de las necesidades de la población	-Historia Clínica
5	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Se remite, deriva y canaliza de acuerdo a las rutas de atención en salud de acuerdo a un enfoque diferencial, curso de vida o condiciones particulares que proporcionen una atención integral	-Solicitudes de exámenes para cada especialidad
6	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Realizar proceso evaluativo de acuerdo a las necesidades de cada individuo, desarrollando un plan de tratamiento que mitigue y atienda estas necesidades.	-Historia clínica (Plan de manejo)
7	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Psicoeducar frente a los cambios o complicaciones presentados como parte del proceso de psicoterapia	-Historia clínica campo (Recomendaciones médicas y análisis y evolución)
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Desarrollo de actividades planteadas por los profesionales de enlace solicitadas en los puntos asignados para la atención de usuarios.	-Historia Clínica, fichas de notificación y solicitudes de exámenes.

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		\$ 3424260
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	79310366	-			
2024	JULIO	2024	08	13					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1369704	\$ 219153	\$ 219600	
Salud					COMPENSAR		\$ 171213	\$ 171500	
ARL				3	SURA		\$ 33366	\$ 33500	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 397516	\$ 424600	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria		BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	38395189775	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO			2024-08-29 10:34:12	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2024-08-29 12:00:39	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2024-08-31 12:39:03	
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			2024-09-13 08:39:48	

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.

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1013651383	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO	Kr 12 I N 26 A 40 SUR	6610858	ANDRESRUBIANO9.2@HOTMAIL.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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	2024-07	2024-07	1	13/08/2024	79310366	\$452.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	171.500	0		0	0	0	

TOTALES PENSIÓN					
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	
231001	Colfondos	800227940-6	219.600		

TOTALES RIESGOS LABORALES					
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	
				No. Autorización	Valor
14-11	ARL SURA	8900903790-5	33.500		

TOTALES CAJAS					
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	27.500	0	

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
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	171.500		171.500
Pensión	1	219.600		219.600
Riesgos Laborales	1	33.500		33.500
CCF	1	27.500		27.500
ESAP	0	0		0
ICBF	0	0		0
MEN	0	0		0
SENA	0	0		0
TOTALES	4	452.100		452.100

TIPO		DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		
CC	1013651383	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		Kr 12 N 26 A 40 SUR	6610858	ANDRESRUBIANO.2@HOTMAIL.COM		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD		
				EMPLEADOS	UPC	
				1	0	
PERIODO SALUD	2024-07			TOTAL A PAGAR		
		I	13/08/2024	79310366		
				\$452.100		

DETALLE POR COTIZANTE																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF				PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de identificación	Cotizante	Subtipo	Colom. exterior	IRE	RET	TGE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	LMA	AJP	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	Cotización Clase de Riesgo	Código IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC	1013651383	RUBIANO AREVALO ANDRES DAVID	59	0	N														231001	1.372.000	219.600	0	0	0	0	0	EPS008	1.372.000	171.500	14-11	1.372.000	3	33.500	OC24	1.372.000	27.500	0	0	0	0

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO

1013651383

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:
**ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE
TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA**
Con una intensidad horaria de : 2 horas

Para constancia se expide:
agosto 29, 2024