

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-09-01	Hasta:	2024-09-30	
Nombre del Contratista:	MAGDA GIANINA CORDOBA BARRERO		Número de Documento:	1110451066	
Correo Electrónico:	magicobapsico@gmail.com		Número Telefónico:	3202871283	
Nombre del Supervisor:	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	Cargo:	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5384-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1428
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 PIC				
Dirección a la que Perteneces:	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
2	2024-09-01	2024-10-15	2	\$ 5228176	2358
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		JUNIO		\$ 5228176	
2		JULIO		\$ 5228176	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	AGOSTO	\$ 5228176	
4	SEPTIEMBRE	\$ 5228176	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 10456352		\$ 23526792	\$ 20912704
			\$ 2614088
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	-Se realizaron las actividades en relación con sesiones individuales, colectivas en la comunidad educativa.	-Ficha de gestión de riesgo en salud mental. - Formato de sesiones colectivas Cuestionario de afrontamiento cope 28. Formato de sesiones colectivas
2	2. realizar la concertacion con las familias para el desarrollo de las sesiones.	-Se concertaron con los orientadores de los colegios y padres de los usuarios el horario y fechas para la realización de las sesiones Individuales, colectivas y fortalecimiento de docentes	-Ficha de gestión de riesgo en salud Mental
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.	-Se realizaron 178 sesiones en mitigación de eventos prioritarios en salud mental la cuales fueron individuales y colectivas	-Ficha de gestión de riesgo en salud mental y sesiones colectivas
4	4. socializar las lineas de apoyo psicosocial y/o soporte en situacion de crisis.	-Se socializo las líneas de apoyo psicosocial en los seguimientos y se brindó soporte en situación de crisis en los casos requeridos.	-Ficha de gestión de riesgo en salud mental -Ficha de sesiones colectivas
5	5. realizar fortalecimiento a los docentes frente a la identificacion de eventos en salud mental.	-no aplica este mes	-no aplica este mes
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.	-Diligenciamiento de formatos de canalizaciones ante las necesidades identificadas psicosociales en la comunidad durante los seguimientos realizados.	-Instrumento de recolección de información para la identificación y activación a servicios de salud, servicios sociales y usuarios sin aseguramiento.
7	7. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	_Se diligenciaron los formatos de recolección de la información establecidos para cada una de las actividades realizadas.	-Fichas de gestión de riesgo en salud mental, tablero de control, cronograma mensual, ficha de sesiones colectivas, Instrumento de recolección de información para la identificación y activación a servicios de salud, servicios sociales y usuarios sin aseguramiento y cuestionario de afrontamiento cope.
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.	-Sistematizar la información recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin. -Entrega de soportes para la recolección en las diferentes herramientas y aplicativos para sistematización.	-Informe de actividades, fichas diligenciadas de gestión de riesgo en salud mental , ficha de sesiones colectivas y cuestionarios de afrontamiento cope 28.
9	9. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	-Se entrega de manera oportuna informes y productos del mes de Septiembre 2024.	-Informe de actividades, fichas diligenciadas de gestión de riesgo en salud mental, sesiones colectivas y cuestionarios de afrontamiento cope 28.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Se realizó la Verificación de productos teniendo en cuenta las características de calidad, oportunidad y veracidad e informes según indicaciones técnicas impartidas.	-Cambios en formatos teniendo en cuenta pre-crítica. -Fichas de gestión del riesgo en salud mental y ficha de sesiones colectivas cronograma de actividades DRIVE.
11	11. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	-Se dio cumplimiento a la entrega de archivos correspondiente a las intervenciones realizadas conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	-Fichas de gestión del riesgo en salud mental y ficha de sesiones colectivas, cuestionarios de afrontamiento cope 28.
12	12. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-Se informó oportunamente sobre cualquier eventualidad o cambios en el cronograma mensual que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos a la profesional de apoyo y líder el espacio educativo.	-Drive de cronograma mensual.
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Asistencia a reunión de producto 71. -Asistencia a reunión de equipo mes de Septiembre.	-Acta de asistencia

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		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9472125768	-		\$ 5228176	
2024	AGOSTO	2024	09	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSETENTA 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					SÁNTITAS		\$ 261409	\$ 261500	
ARL				3	SURA		\$ 50943	\$ 51000	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 606928	\$ 647200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	570122549	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MAGDA GIANINA CORDOBA BARRERO			2024-09-22 21:21:34	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					SANDRA PATRICIA AMADO REYES			2024-09-23 15:40:24	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2024-09-24 11:31:23	
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			2024-10-11 11:29:28	

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)

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

blank

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

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

blank

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
CUENTA DE COBRO JUNIO-CTO 5382-2024.pdf (Archivado)	Cuenta de CobroM - Subred Integrada de Servicios de Salud SUR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO JULIO-CTO 5382-2024.pdf (Archivado)	Informe de Actividades Número 198812.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO JUNIO-CTO 5384-2024.pdf (Archivado)	pdf_merged_removed.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO JULIO-CTO 53824-2024.pdf (Archivado)	ilovepdf_merged (51).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO AGOSTO- CTO 5384-2024.pdf (Archivado)	ilovepdf_merged (52).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA DE COBRO JUNIO-CTO 5384-2024.pdf	pdf_merged_removed_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA DE COBRO JULIO-CTO 5384-2024.pdf	ilovepdf_merged (53).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA DE COBRO AGOSTO- CTO 5384-2024.pdf	ilovepdf_merged (56).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<div><div>Cancelar</div><div><div>Borrar</div><div>Cargar nuevo</div></div><div>Evaluación de la Entidad Estatal</div></div>				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110451066		CORDOBA BARRERO MAGDA GIANINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 3 N 5-15 Barrio Dvino Niño	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2277044	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-08	2024-08	905125795	9472125768	I	2024/09/16	2024/09/10	BANCO DAVIVIENDA	\$689,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
RIESGOS					PARAFISCALES														
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,300	\$334,700			\$2,091,300	\$261,500			\$2,091,300	\$41,900			\$2,091,300	\$51,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,300	\$334,700			\$2,091,300	\$261,500			\$2,091,300	\$41,900			\$2,091,300	\$51,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,091,300	\$334,700			\$2,091,300	\$261,500			\$2,091,300	\$41,900			\$2,091,300	\$51,000	
1	CC	1110451066	CORDOBA MAGDA	230301	30	\$2,091,300	\$334,700	EPS005	30	\$2,091,300	\$261,500	CCF22	30	\$2,091,300	\$41,900	14-11	30	\$2,091,300	\$51,000
Total Afiliados(1)					\$2,091,300	\$334,700			\$2,091,300	\$261,500			\$2,091,300	\$41,900			\$2,091,300	\$51,000	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110451066		CORDOBA BARRERO MAGDA GIANINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 3 N 5-15 Barrio Dvino Niño	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2277044	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	905125795	9472125768	I	2024/09/16	2024/09/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$689,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$334,700	\$0	\$0	\$334,700	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$334,700	\$0	\$0	\$334,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$51,000	\$0	\$0	\$51,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$51,000	\$0	\$0	\$51,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,900	\$0	\$0	\$41,900	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$41,900	\$0	\$0	\$41,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500	
TOTAL				1	\$689,100	\$0	\$0	\$689,100	