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:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-15	
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 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	92	0	28414	$2614088	93.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2614088**	**DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS**					

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

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	AGOSTO	$ 5228176
4	SEPTIEMBRE	$ 5228176

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 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 89 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 01 de octubre al15 de octubre.	-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 intervencion conforme al proceso de gestion 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 equipo.	-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**	$ 5228176
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9474825680	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**18**				
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					SÁNITAS		$ 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	2024-10-17 22:37:44
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	2024-10-18 15:46:27
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-21 12:34:31

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)

Resumen General de Pago

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
2024-09	2024-09	989123995	9474825680	I	2024/10/16	2024/10/18	BANCO DAVIVIENDA	2	$690,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,091,300	$334,700			$2,091,300	$261,500			$2,091,300	$41,900			$2,091,300	$51,000		$0	$0
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		$0	$0
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		$0	$0
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	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,091,300	$334,700			$2,091,300	$261,500			$2,091,300	$41,900			$2,091,300	$51,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

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
2024-09	2024-09	989123995	9474825680	I	2024/10/16	2024/10/18	BANCO DAVIVIENDA	2	$690,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$334,700	$500	$0	$335,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$334,700	$500	$0	$335,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,000	$100	$0	$51,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$51,000	$100	$0	$51,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,900	$100	$0	$42,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$41,900	$100	$0	$42,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$261,500	$400	$0	$261,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$261,500	$400	$0	$261,900
TOTAL				**1**	**$689,100**	**$1,100**	**$0**	**$690,200**

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

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
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE- CTO 5384-2024.pdf.pdf	ilovepdf_merged (58).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >