| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-12-01 | **Hasta:** | 2024-12-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | MONICA JULIET CUEVAS QUIROGA | | **Número de Documento:** | 1014228163 | |
| **Correo Electrónico:** | Moni.juliet18@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3144866542 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 7529-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 2537 |
| **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** | | 2024-10-19 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-11-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2024-11-01 | 2024-12-31 | 1 | $ 5228176 | 2815 |
| 2 | 2024-11-01 | 2024-12-31 | 2 | $ 5228176 | 2815 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | OCTUBRE | $ 2614088 |
| 2 | NOVIEMBRE | $ 5228176 |


***© Siasur - 2024***

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 7842264** | **$ 18298616** | **$ 7842264** | **$ 10456352** |

| 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 | -Dando respuesta a los objetivos del plan de cuidado escolar, se realizan un total de 62 sesiones entre acciones colectivas y seguimientos individuales a través de actividades 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, consumo de SPA, entre otros. | -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 el primer acercamiento con las familias y la comunidad educativa, se socializa la estrategia, el producto y la metodología de las acciones de cada sesión, en esta línea, se informa que pueden participar en el proceso de atención psicosocial y educativo de los escolares, es asi como, en las 62 sesiones, se abordan a los familiares brindándo herramientas para el manejo de situaciones relacionadas a riesgos en eventos psicosociales 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. | -Durante en desarrollo de las 62 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 las 62 sesiones, se socializan 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. | -En el encuentro con los orientadores y coordinadores de las instituciones priorizadas, se les informa acerca de las sesiones para docentes con el propósito de potenciar el bienestar emocional y fortalecer cononcimientos frente a los eventos en salud mental y los protocolos de atencion. | -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 la comunidad educativa abordada, 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 62 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. Validar 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 62 sesiones colectivas y seguimientos individuales, se entregan oportunamente con la información de cada uno, 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 62 sesiones colectivas y los seguimientos individuales ejecutados en los dias del 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1068117207 | - | | $ 5228176 |
| 2024 | NOVIEMBRE | 2024 | 12 | 11 | | | | |
| **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 | 2024-12-12 13:22:22 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2024-12-12 15:52:30 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-12-13 09:52:02 |

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.



**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-12-12, 04:03:34 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068117207

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

## PAGADO 11/12/2024 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 AFP | 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 CTO 7529 -2024 OCTUBRE 2024.pdf | CUENTA DE COBRO CTO 7529 -2024 OCTUBRE 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO CTO 7529 -2024 NOVIEMBRE 2024.pdf | CUENTA DE COBRO CTO 7529 -2024 NOVIEMBRE 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >