

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2024-10-19	Hasta:	2024-10-31			
Nombre Contratista:	del	LUZ ANDREA ALZATE CAMACHO	Número de Documento:	53154634			
Correo Electrónico:		luzandrea.acps@gmail.com	Número Telefónico:	3214149746			
Nombre Supervisor:	del	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	-	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7492-2024	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	Procentaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	0	28414	\$2614088	125%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2614088	DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-10-19	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-11-30
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 7842264	\$ 7842264	\$ 0	\$ 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 el periodo del 19 al 30 de Octubre de 2024 se realizó un total de 30 sesiones, entre las cuales se realizaron la mayoría de manera colectiva, y algunas de manera individual entre acompañamientos psicosociales presenciales y virtuales con estudiantes,, docentes y padres de familia y concertaciones de sesiones colectivas ante eventos prioritarios en salud mental para su prevención y mitigación	Fichas de gestión en salud mental, , COPE 28, formato de sesiones colectivas y bases de datos (tablero de control, solicitud de consecutivos, recibidos correos y otros)
2	2. realizar la concertacion con las familias para el desarrollo de las sesiones.	Durante el periodo del 19 al 31 de Octubre de 2024 se ha realizado el contacto y lectura o firma del consentimiento informado con padres de familia, orientadores y concertaciones de docentes previo a las acciones ejecutadas para concertar la ejecución de las acciones del producto.	Consentimiento informado, portal educativo y formato de sesiones colectivas
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 ha realizado el acompañamiento psicosocial a los casos remitidos por instituciones educativas, sistema de alertas o por Subsistema de vigilancia epidemiológica en salud mental según el lineamiento y necesidad.	Fichas de gestión en salud mental, bases de datos.
4	4. socializar las lineas de apoyo psicosocial y/o soporte en situacion de crisis.	En las intervenciones individuales y colectivas realizadas durante el periodo a certificar se ha realizado la socialización de líneas de apoyo psicosocial, promoviendo su uso y divulgación a todos los miembros de la comunidad educativa abordados.	Fichas de gestión en salud mental y formatos de sesiones colectivas
5	5. realizar fortalecimiento a los docentes frente a la identificacion de eventos en salud mental.	Para Octubre del 19 al 31 de 2024 no se realizaron seiones con población docente.	No aplica
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.	Se han realizado las respectivas canalizaciones y orientaciones a los usuarios de acuerdo a las necesidades identificadas en las intervenciones psicosociales, favoreciendo el acceso a las rutas de atención pertinentes.	Formato de canalizaciones, correo electrónico
7	7. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	Para el periodo de Octubre 19 al 31 de 2024 se ha realizado el registro de la información de las acciones realizadas en los formatos correspondientes según lineamiento.	Fichas de gestión en salud mental, ficha de sesiones colectivas, formato de COPE 28, formato de canalizaciones y bases de datos.
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 ha dado cumplimiento a la entrega de soportes acciones realizadas en medio físico y magnético. .	Fichas de gestión en salud mental, ficha de sesiones colectivas, formatos COPE 28, formato de canalizaciones y bases de datos.
9	9. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	Se ha realizado entrega oportuna de la información y productos según lineamiento e indicaciones de las profesionales de apoyo y la líder del entorno.	Fichas de gestión en salud mental, ficha de sesiones colectivas, formato COPE 28, formato de canalizaciones y bases de datos
10	10. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	Se ha dado cumplimiento al registro y presentación de los informes con calidad, veracidad y oportunidad, según indicaciones de las líderes de acuerdo a solicitudes.	Drive, Correo electrónico, informes, bases de datos y documentos soporte de acciones
11	11. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	Se ha organizado y entregado documentación en medio físico y digital, según instrucciones de la profesional de apoyo, para digitación y auditoría, según el caso.	Formatos de COPE 28, fichas de gestión en salud mental y de sesiones colectivas
12	12. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	Durante el periodo se ha realizado el registro de las actividades en el cronograma y la respectiva actualización continuamente las reprogramaciones y aperturas.	Cronograma de actividades

13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se ha contado con la disposición y se ha acudido a las actividades asignadas por la supervisora del contrato	Cronograma de actividades
----	---	--	---------------------------

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488423931804
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN		USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		LUZ ANDREA ALZATE CAMACHO		2024-10-27 21:43:08	
ACEPTADO SUPERVISIÓN		YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2024-10-29 09:11:36	
ACEPTADO CONTRATACIÓN		MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2024-10-29 12:05:34	

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**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53154634		ALZATE CAMACHO LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 69 J 18J - 63 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7652131	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	963982997	9474082555	I	2024/10/08	2024/10/07	BANCO DAVIVIENDA	0	\$647,200

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)					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0
1	CC	53154634	ALZATE LUZ	230201	30	\$2,091,270	\$334,700	EPS002	30	\$2,091,270	\$261,500	0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,091,270	\$51,000	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53154634		ALZATE CAMACHO LUZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 69 J 18J - 63 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7652131	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	963982997	9474082555	I	2024/10/08	2024/10/07	BANCO DAVIVIENDA	0	\$647,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$334,700	\$0	\$0	\$334,700	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500	
TOTAL				1	\$647,200	\$0	\$0	\$647,200	

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

 Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**
1 [Información general](#)

2 [Condiciones](#)**VER CONTRATO**3 [Bienes y servicios](#)**Ejecución del Contrato**4 [Documentos del Proveedor](#)*blank*5 [Documentos del contrato](#)
 Porcentaje Recepción de artículos
6 [Información presupuestal](#)**Plan de pagos**7 **Ejecución del contrato**
 ¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Si No
8 [Modificaciones del contrato](#)

Identificación de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 [Incumplimientos](#)
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato*blank*

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 - CTO 5362-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 - CTO 5362-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO JULIO 2024 - CTO 5362-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 2024 - CTO 5362-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5362-2024 - AGOSTO DE 2024.pdf	CTO 5362-2024 - AGOSTO DE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5362-2024 - SEPTIEMBRE DE 2024.pdf	CTO 5362-2024 - SEPTIEMBRE DE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Bogotá, Octubre / 27 de 2024



Señor (a): LUZ ANDREA ALZATE CAMACHO
CC. 53154634
CL 69 J N 18 J 63 SUR
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Diciembre / 6 de 2005, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALZATE CAMACHO LUZ ANDREA** identificado(a) con **CC** número **53.154.634** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 20 de diciembre de 2005 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de octubre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024102721283



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](#)

Datos guardados

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? Si No

Identificación 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		
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 - CTO 5362-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 - CTO 5362-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO JULIO 2024 - CTO 5362-2024.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 2024 - CTO 5362-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5362-2024 - AGOSTO DE 2024.pdf	CTO 5362-2024 - AGOSTO DE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5362-2024 - SEPTIEMBRE DE 2024.pdf	CTO 5362-2024 - SEPTIEMBRE DE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5362-2024- OCTUBRE 1 AL15-2024.pdf	CTO 5362-2024- OCTUBRE 1 AL15-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >