

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2024-11-01	<b>Hasta:</b>	2024-11-30			
<b>Nombre Contratista:</b>	del	LUZ ANDREA ALZATE CAMACHO	<b>Número de Documento:</b>	53154634			
<b>Correo Electrónico:</b>		luzandrea.acps@gmail.com	<b>Número Telefónico:</b>	3214149746			
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	<b>Cargo:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	<b>Código Grado:</b>	-	242-25

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	7492-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	2537
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 PIC				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	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	184	0	28414	\$5228176	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 5228176	<b>CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSSETENTA Y SEIS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-10-19			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2024-11-30
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-11-01	2024-12-31	1	\$ 5228176	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	\$ 5228176	2815
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	OCTUBRE			\$ 2614088	
2	NOVIEMBRE			\$ 5228176	

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	-Para el mes de noviembre de 2024 se realizó un total de 62 sesiones, entre las cuales se realizó aproximadamente el 50% de manera colectiva y el restante de manera individual entre acompañamientos psicosociales presenciales y virtuales con estudiantes 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 mes de noviembre 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, formato de registro de llamada 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	
5	5. realizar fortalecimiento a los docentes frente a la identificación de eventos en salud mental.	Para Noviembre del año en curso se realizaron sesiones de bienestar emocional y de fortalecimiento de capacidades de docentes.	-Formato de sesiones colectivas y registro fotográfico	
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 noviembre 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	

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
11	11. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión 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 mes de noviembre se ha realizado el registro de las actividades en el cronograma y la respectiva actualización continua de 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 para atender las actividades asignadas por la supervisora del contrato como apoyo a jornada de vacunación.	-Cronograma de actividades

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	\$ 2614088
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2024	OCTUBRE	2024	11	05	9476557157	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 334700
Salud					SALUD TOTAL		\$ 162500	\$ 261500
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 51000
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	\$ 377286	\$ 647200
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		2024-11-25 00:43:12		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2024-11-25 11:14:20		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2024-11-26 16:54:11		
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		2024-12-11 11:38:49		

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**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2024

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
2024-10	2024-10	1026359166	9476557157	I	2024/11/12	2024/11/05	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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$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	14-11	30	\$2,091,270	\$51,000	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$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
2024-10	2024-10	1026359166	9476557157	I	2024/11/12	2024/11/05	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	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$647,200</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$647,200</b>	



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 0:13:32  
LUZ ANDREA ALZATE...

- 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**

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"/> CTO 5362-2024- 19 DE OCTUBRE AL31-2024.pdf	CTO 5362-2024- 19 DE OCTUBRE AL31-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Eliminar seleccionado Subir nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >