

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E "SOLUCION SALUD"	VERSION 4	Código FR-CON-01	
	LISTA DE CHEQUEO REQUISITOS PARA PAGO FACTURA-PROVEEDOR	FECHA VIGENCIA 2024/04/08	DOCUMENTO CONTROLADO	

NUMERO DE CONTRATO O CONCEPTO DEL PAGO	CONTRATO N° 2029 DEL 2025 "CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA PARA EL DESARROLLO DE LA LINEA AMIGA DEL DEPARTAMENTO DEL META."
--	---

PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS	OTROS SALARIOS PRESTACIONES SOCIALES
PAGO DIRECTO POR RESOLUCION	SENTENCIAS Y CONCILIACIONES
PAGO SERVICIOS PUBLICOS	

Presentar los soportes en orden y legajados con gancho plastico.

ITEM	DOCUMENTOS	SOPORTES			CUMPLE		NO APLICA
		1 VEZ	2 VEZ	FINAL	SI	NO	
1	PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS						
	Factura original, legal-Art.621 C.C. y Requisitos Art 617 E.T. (Resolucion de autorizacion de numeracion factura si no registra en la factura de cobro) /Documento Equivalente - Cuenta de Cobro (personal CPS).	X	X	X			
	Informe de Supervisión debidamente diligenciado y firmado por el Supervisor del contrato.	X	X	X			
	Ingreso de Almacén o Farmacia según sea el caso.	X	X	X			
	Planillas de Pago de la Seguridad Social (periodo a cobrar- Base cotización 40%). Anexo: La Certificación de pago de parafiscales firmada por Contador o Revisor Fiscal, Copia de la JCC, Tarjeta profesional. Nota:El anexo no aplica para el personal de CPS.	X	X	X			
	Informe de Actividades Realizadas o ejecutadas con Vo.Bo. del Supervisor y demás soportes de produccion-Sistema. Anexo: Certificación firmada por directores como constancia de lo ejecutado en la IPS, contratistas de Dietas, mantenimientos de Red de Frio, Computadores, Equipos Biomédicos, Plantas, entre otros. (El anexo no aplica para el personal de CPS).	X	X	X			
	Formato Asignación de Costos	X	X	X			
	Formato Declaración DIAN diligenciado (únicamente personal de CPS) o si cambia actividad	X	N/A	N/A			
	Copia Pólizas y Actas de Aprobación de Pólizas (contratistas de suministro de Bienes o servicios de mantenimiento). Diferentes a las CPS de personal.	X	N/A	X			
	Paz y Salvo firmado por Contratista, Supervisor, Almacenista y Jurídica (Solo para personal interno de CPS). Si no existe saldo a liberar.	N/A	N/A	X			
	Acta de Liquidación Anticipada o final del contrato, firmada por el contratista, supervisor, Gerente y con el Vo.Bo. De la Oficina Jurídica, según sea el caso.	N/A	N/A	X			
	Copia RUT Actualizado, con actividad contratada.	X	N/A	N/A			
	FR-RH-96 Plan de trabajo y seguimiento (C.P.S) (Requisito aplica contratistas de nivel central)	X	X	X			

DOCUMENTOS		CUMPLE		NO APLICA
		SI	NO	N/A

2	PAGO DIRECTO POR RESOLUCION						
	Obligación/Factura de proveedor						
	Factura o documento equivalente						
	Orden de servicio.						
	Certificado de disponibilidad presupuestal						
	Compromiso presupuestal						
3	PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS						
	Obligación/Factura de proveedor						
	Factura						
	Compromiso presupuestal						
4	OTROS SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES						
	Obligación/Factura de proveedor						
	Compromiso presupuestal						
	Resolución ordenando el pago						
5	SENTENCIAS Y CONCILIACIONES						
	Obligación/Factura de proveedor						
	Resolución ordenando el pago.						
	Copia de la sentencia o conciliación.						
	Certificado de disponibilidad presupuestal						
	Compromiso presupuestal						

Proceso: Contabilidad

Nombre Responsable Revision y Causacion:		Nombre Resp.Contabilización:	
Firma:		Firma:	
	Fecha:		Fecha:

Proceso: Tesoreria

Nombre Responsable:		Fecha:	
Firma:			
Cargo:			

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 4	CÓDIGO FR-JUR-08	Página 1 de 1	
	PAZ Y SALVO TERMINACIÓN CPS	FECHA VIGENCIA 2019/11/13	DOCUMENTO CONTROLADO		

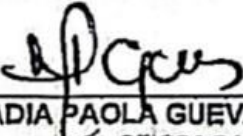
LA SUSCRITA SUERVISORA DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 2029 DEL 8 DE OCTUBRE DE 2025

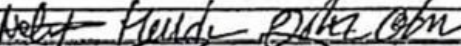
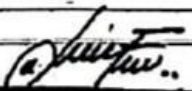
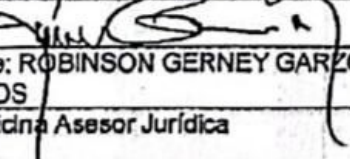
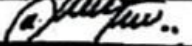
CERTIFICA:

Que la señora LIZETH MOSQUERA PARDO, identificado (a) con el número de cédula No. 1.123.514.962 de Castilla La Nueva, en desarrollo de sus actividades que surgen a raíz del Contrato No. 2029 del 8 de octubre del 2025, suscrito con la Empresa Social del Estado "ESE SOLUCION SALUD" del Meta, se encuentra a PAZ y SALVO por conceptos de actualización de carpeta contractual, entrega de bienes muebles y enseres suministrados para el desarrollo de la labor contractual y copia de seguridad de los archivos digitales y documentales a su cargo.

Dado a solicitud del interesado a los 24 días del mes de diciembre del 2025.

En Constancia firma,


 NADIA PAOLA GUEVARA UMANA
 35.264.816
 Supervisor

Vo. Bo. 	Vo. Bo. 
Firma: 	Firma: 
Nombre: ROBINSON GERNEY GARZON RIVEROS	Nombre: JAIRO STEVEN FRANCO RINCON
Jefe Oficina Asesor Jurídica	*Apoyo funciones de almacén o director Centro de Atención, o Almacenista Nivel Central

*En caso de que no exista funcionario que apoye las funciones de almacén será firmada director del Centro de atención.

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
 ☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663
 🌐 www.esemeta.gov.co
 ✉ gerencia@esemeta.gov.co
 FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
 ☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663
 🌐 www.esemeta.gov.co

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 1 de 9	
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2022/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

Villavicencio, Meta, 24 de diciembre del 2025

**CONTRATO NO. 2029 DEL 8 DE OCTUBRE DE 2025
PERIODO NO. 4 DE 4
DEL NUEVE DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2025**

OBJETIVO DEL INFORME: Mantener informada a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "SOLUCIÓN SALUD", sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias de su ejecución y verificar que las actividades realizadas se hechas con calidad y en los términos adecuados.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

CONTRATO No.:	2029 del 2025		
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS		
CONTRATISTA:	LIZETH MOSQUERA PARDO		
CEDULA CONTRATISTA:	1.123.514.962		
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO PARA EL DESARROLLO DE LA LINEA AMIGA DEL DEPARTAMENTO DEL META.		
CONDICIONES INICIALES			
VALOR DEL CONTRATO:	DIEZ MILLONES DE PESOS MCTE (10.000.000)		
PLAZO DE EJECUCIÓN:	DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS		
FECHA DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN:	8 DE OCTUBRE DE 2025		
FECHA DE INICIO:	8 DE OCTUBRE DE 2025		
MODIFICACIONES:			
CESIÓN:	N/A	FECHA:	N/A
SUSPENSION	N/A	FECHA DE TERMINACION	
ADICIONAL EN VALOR:	1.200.000	FECHA:	19/12/2025
PRORROGAS☺	NUEVE (9) DIAS	FECHA:	19/12/2025
FECHA DE TERMINACIÓN	22 DE DICIEMBRE DE 2025		
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE DICIEMBRE DE 2025		
TELEFONO DEL CONTRATISTA:	3213446323		
DIRECCION DEL CONTRATISTA:	Calle 4ª ·14-80 Urbanización San Sebastián, Hacaritama.		

FORMA DE PAGO	<p>PARA EFECTOS FISCALES, EL VALOR TOTAL DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ES POR LA SUMA DE: DIEZ MILLONES DE PESOS MCTE (10.000.000). PAGADEROS DOS (2) MENSUALIDADES VENCIDAS, CADA UNA POR VALOR DE CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE (\$4.000.000), Y UN PAGO PARCIAL DE DOS MILLONES DE PESOS (2.000.000). Y UNA ADICION DE UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.200.000) PAGADERO EN UN PAGO PARCIAL DE NUEVE DIAS (9) POR UN VALOR DE UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.200.000).</p>
----------------------	---

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

www.esemeta.gov.co

gerencia@esemeta.gov.co

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 2 de 9	
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2022/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

2. DESARROLLO DEL CONTRATO

Mediante Contrato No. 2029 de 2025, en la Cláusula DECIMA CUARTA: Supervisión, se me designó como supervisor(a) del contrato objeto de este informe, para lo cual me permito informar el desarrollo correspondiente al PERIODO N° 4 de NUEVE días del mes de DICIEMBRE, en los siguientes aspectos:

AVANCE EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:


OBLIGACIONES GENERALES:

1. El contratista se obliga a dar cabal cumplimiento al objeto de la contratación de manera eficiente, garantizando el cumplimiento de las obligaciones citadas en el estudio de oportunidad.



ACTIVIDADES ESPECÍFICAS EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DEL INFORME SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES Acciones realizadas durante el presente periodo	CUMPLE / NO CUMPLE
<p>1. Realizar atención e intervención en crisis, orientación, asesoría y direccionamiento a las personas que soliciten ayuda a través de la Línea Amiga, cumpliendo con los protocolos y/o guías nacionales de intervención de los eventos de interés en salud mental, garantizando la atención de la Línea Amiga las 24 horas al día y todos los días de la semana, incluidos sábados, domingos y festivos con el equipo de la Línea Amiga.</p> <p>- Durante el periodo de ejecución de este informe di cumplimiento a este ítem contractual con un total de 2 (1 en horario diurno y 1 nocturno).</p>	Cumple
<p>2. Realizar con el equipo de la Línea Amiga seguimientos telefónicos a todos los casos identificados de salud mental haciendo énfasis en ideación, planeación e intento de suicidio, teniendo en cuenta las acciones establecidas en el protocolo por el Ministerio de Salud y Protección Social hasta lograr que se le garantice al usuario el acceso oportuno a los servicios de salud mental en su EPS.</p> <p>- Durante este periodo, no se registraron atenciones relacionadas con ideación, planeación ni intento de suicidio, debido a que no se atendieron usuarios con este motivo de consulta.</p>	Cumple
<p>3. Realizar el registro diario de las atenciones de la Línea Amiga en el formato entregado por la coordinación del PIC Departamental y además de las bases datos de canalización, seguimiento y difusiones las cuales estarán en el DRIVE.</p> <p>- Realicé el registro de las atenciones de manera digital a través de la matriz de Excel cargada en Google Drive, la cual contiene la información sociodemográfica de los llamantes, motivo de la llamada y canalización o direccionamiento realizado por usuario.</p> <p>- Durante los días en mención se atendió un total de cinco (5) usuarios, de los cuales cuatro (4) correspondieron a hombres y una (1) a mujer, pertenecientes a los ciclos</p>	Cumple

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 3 de 9	
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2022/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

<p><i>vitales de adolescencia, juventud y adultez. La totalidad de las atenciones realizadas correspondió a personas provenientes del departamento del Meta</i></p>		
<p>4. Realizar y entregar los soportes físicos y escaneados del desarrollo de las actividades en el DRIVE de la Línea Amiga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante este período, realicé y entregué oportunamente los soportes físicos y escaneados del desarrollo de las actividades en el DRIVE, conforme a las orientaciones de la coordinadora del PIC de la Línea Amiga, bajo su respectiva supervisión y aprobación. 		Cumple
<p>5. Realizar informe de atención e intervención de crisis, orientación, asesoría y direccionamiento de la Línea Amiga para la prevención de la ideación suicida, curso de vida y demás variables para realizar análisis de la población atendida cumpliendo los estándares técnicos mínimos con enfoque diferencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante este período, elaboré en conjunto con los demás profesionales de la Línea Amiga el informe de atención e intervención en crisis, orientación, asesoría y direccionamiento, cumpliendo con los estándares técnicos mínimos y con enfoque diferencial. Para su desarrollo, tuve en cuenta la información registrada en la matriz de atenciones diarias del Drive y los seguimientos telefónicos realizados, con el fin de analizar las variables asociadas a la prevención de la ideación suicida y las diferentes etapas del curso de vida de la población atendida. - El informe elaborado fue entregado a la Dra. Nancy Cortes, coordinadora del PIC de la Línea Amiga en Salud Mental, para su respectiva revisión y aprobación, previo envío por correo electrónico. 		Cumple
<p>6. Realizar informe de canalización, seguimiento y jornadas de difusión, comunicación y educación para las variables requeridas para realizar análisis de la población atendida cumpliendo los estándares técnicos mínimos con enfoque diferencial.</p> <p><i>En cumplimiento del ítem establecido, durante el período evaluado se consolidó y elaboró:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - No se realizaron canalizaciones dirigidas a la EPS; no obstante, desde el servicio de teleorientación se garantizó la atención integral, brindando orientación oportuna y recursos de autocuidado en salud mental. - En relación con los seguimientos, durante el período se realizó la totalidad de aquellos que se encontraban pendientes, alguno de ellos, aun requieren otro seguimiento. - Respecto a las jornadas de difusión, comunicación y educación, durante el período en mención no se realizaron actividades, dado que estas se ejecutaron y dieron cumplimiento en períodos anteriores. 		Cumple
<p>7. Organizar y consolidar de manera mensual el archivo en físico de la Línea Amiga con los expedientes llevados por el equipo de la Línea Amiga en los eventos por conducta suicida y demás actividades desarrolladas en cumplimiento del lineamiento técnico operativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Junto con el equipo de la Línea Amiga, consolidé el archivo físico de las atenciones realizadas durante los meses de ejecución del contrato, el cual también se encuentra disponible en formato digital en el Drive. En este archivo se consolida la información correspondiente a actas de reunión, asistencias de promoción y difusión de la Línea 		Cumple


	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 4 de 9	
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2022/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

<p><i>Amiga, certificados de jornadas de educación, informes de canalización, registros de atenciones y seguimientos, así como los cronogramas de turnos asignados.</i></p>	
<p>8. Participar en los estudios de casos por eventos en salud mental con el equipo de la Línea Amiga y/o la Secretaría de Salud del Departamento del Meta y/o reuniones convocadas por la coordinación departamental del PIC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Durante el período evaluado no se realizaron estudios de casos por eventos en salud mental, ni se llevaron a cabo reuniones relacionadas con esta actividad, debido a que no fueron convocadas.</i> 	
<p>9. Realizar con el equipo de la Línea Amiga jornadas de comunicación y educación sobre los problemas y trastornos mentales, factores de riesgo más frecuentes, asociados a la conducta suicida, identificación temprana, manejo y promoción de factores protectores en salud mental, para la identificación oportuna y canalización de casos, con socialización de la Línea Amiga. Las jornadas tendrán una duración mínima de 90 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Durante el período en mención no se realizaron actividades, dado que estas se ejecutaron y dieron cumplimiento en períodos anteriores.</i> 	Cumple
<p>10. Realizar turnos de apoyo administrativo en casa PIC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Durante el mes cumplí con el compromiso de brindar apoyo administrativo en la Casa PIC, dentro de los turnos asignados de atención en la Línea Amiga, atendiendo las orientaciones y requerimientos establecidos. Garantice la radicación oportuna de los documentos solicitados ante el Nivel Central de la E.S.E. Solución Salud.</i> 	Cumple
<p>11. Realizar seguimiento a la demanda inducida realizada a las IPS y EAPB de las personas con problemas de salud mental haciendo énfasis en conducta suicida y consumo de sustancias psicoactivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Durante este período, no se realizaron seguimientos a la demanda inducida dirigida a las IPS y EAPB en relación con personas con problemas de salud mental, dado que no se registraron atenciones asociadas a ideación suicida ni a consumo de sustancias psicoactivas.</i> 	Cumple
<p>12. Apoyar el proceso de consolidación y entrega del informe mensual a la coordinación Departamental del PIC en el marco del contrato interadministrativo de la vigencia 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Durante el periodo reportado, apoyé el proceso de consolidación y entrega del informe mensual correspondiente a las actividades desarrolladas por el equipo PIC, realizando el informe de seguimientos a las atenciones recibidas y a los usuarios que requerían continuidad en el acompañamiento.</i> 	Cumple
<p>13. Tener disposición para el desplazamiento a los diferentes municipios para realizar difusión de la línea amiga donde nos soliciten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Durante el periodo reportado, mantuve la disposición para el desplazamiento a diferentes municipios con el fin de realizar actividades de difusión de la Línea Amiga, sin embargo, esta acción se proyecta para ejecución en fechas futuras, conforme a la planeación previa con coordinadora de equipo.</i> 	Cumple

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 5 de 9	 DEPARTAMENTO DEL META
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2022/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

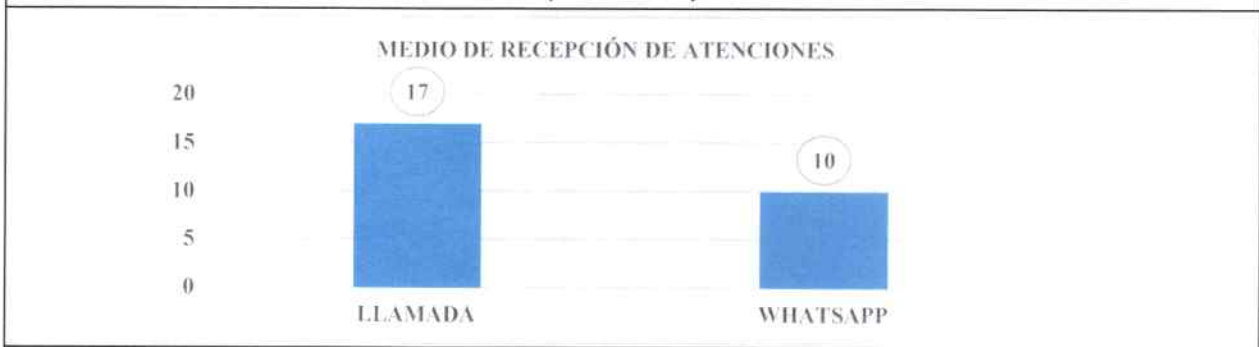
<p>14. Mantener la confidencialidad de la información a la cual tiene acceso con ocasión del contrato en desarrollo del contrato, guardar el secreto profesional y personal. No comunicar, divulgar, aportar ni utilizar indebidamente los secretos que se le hayan confiado o la información que haya conocido en virtud de los asuntos materia de servicio, a ningún título frente a terceros ni en provecho propio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Durante el periodo comprendido, cumplí con el deber de confidencialidad y secreto profesional, garantizando el manejo ético y reservado de la información conocida en el ejercicio de las funciones, sin realizar divulgación ni uso indebido de los datos de los usuarios o de los procesos institucionales.</i> 	Cumple
<p>15. Participar en las reuniones mensuales y extraordinarias para la coordinación de actividades del equipo de la Línea Amiga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Durante este periodo, se llevó a cabo una reunión con el equipo profesional y el área de coordinación, en la cual se acordó el desarrollo del trabajo para los días restantes del mes. Asimismo, se socializaron los lineamientos establecidos con el fin de dar cumplimiento a los objetivos de la Línea, fortalecer el trabajo colaborativo y promover mejoras en el ejercicio de las funciones.</i> 	Cumple
<p>16. Las demás actividades designadas por la coordinación Departamental del PIC y/o supervisión del contrato en cumplimiento de su objeto contractual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Durante el periodo contractual, junto con las demás profesionales que operan la Línea Amiga en Salud Mental, se realizó cronograma de asignación de turnos, los cuales, fueron asignados de tal manera que se cubrieran la atención en la línea amiga durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana, con ciclos de turnos de 12 horas por cada profesional.</i> - <i>El cuadro de turnos fue enviado a la Doc. Nancy Cortés, coordinadora de la Línea Amiga, vía WhatsApp, para su respectiva aprobación y posteriores ajustes.</i> 	Cumple

SOPORTE Y EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

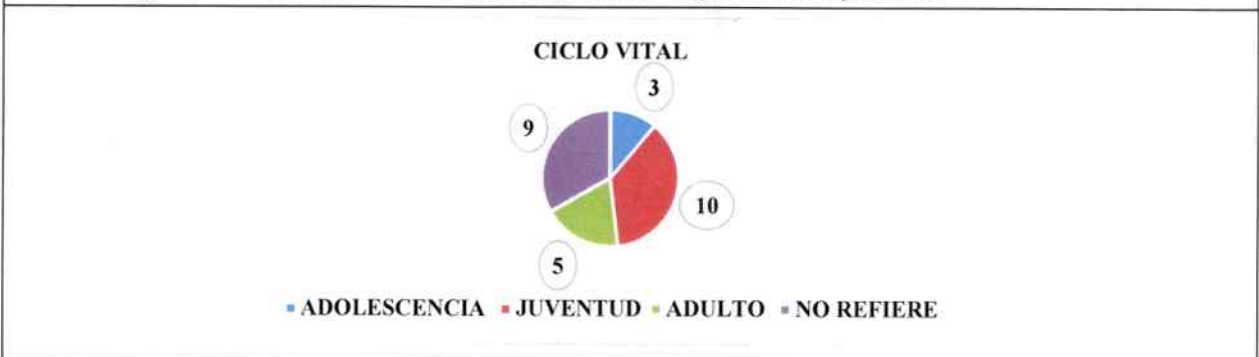

<p>Ítem 1. Turnos en atención Línea Amiga.</p>

PROFESIONA L	FECHA	RECEPCION	NOMBRE DEL USUARIO	TELEFONO DE RECEPCION DE LLAMADA O DE	IDENTIFICAR SI ES UN CASO DE SALUD MENTAL	EDAD	DEPARTAME NTO	EAPB	CURSO DE VIDA	SEXO	MOTIVO DE ATENCIÓN (Si la respuesta es otros, especificar)	OBSERVACIONES
LIZETH MOSQUERA	27/12/2025	LLAMADA	CLARA	3112220599	NO	50	META	NO REFIERE	ADULTEZ 29 A 59 AÑOS	FEMENINO	INFORMACION GENERAL	USUARIA SE COMUNICA SOLICITANDO INFORMACION SOBRE CITA MEDICAS.
LIZETH MOSQUERA	27/12/2025	LLAMADA	JUAN	3132793279	SI	20	META	NO REFIERE	JUVENTUD 18 A 28 AÑOS	MASCULINO	INFORMACION SALUD	RESUESTA SE PUBLICA SOBRE LINEA DE ATENCION DADO POR QUE REFIERE UNA SITUACION DE INTERACCION SEXUAL CON SU PROCENTORAL EN CUAL LE CUENTA CON UN INFORMACION MENTAL
LIZETH MOSQUERA	27/12/2025	LLAMADA	ESTEBAN	3206573051	SI	19	META	NO REFIERE	JUVENTUD 18 A 28 AÑOS	MASCULINO	INFORMACION MENTAL	AMBULANCIA PARA FAMILIAR QUIEN PRESENTA DIFICULTADES EN EL MANEJO DE LOS USUARIOS SE COMUNICA EXPRESANDO SINTOMAS DEPRESIVOS RECENTEMENTE PRESENTA
LIZETH MOSQUERA	30/12/2025	WHATSAPP	YEINER	3133901838	SI	33	META	NUEVA EPS	ADULTEZ 29 A 59 AÑOS	MASCULINO	DEPRESION MENTAL	ERROCIDIO AGRESIVO CON SU FAMILIA USUARIO SE COMUNICA EXPRESANDO SINTOMAS
LIZETH MOSQUERA	30/12/2025	LLAMADA	ALEX	3174009941	SI	18	META	NUEVA EPS	ADOLESCENCIA A 12 A 17 AÑOS	MASCULINO	ANSIEDAD	MANIFESTANDO MALESTAR EMOCIONAL ASOCIADO A BISTURIA DE PAREJA. IR SOLICITA SI

Ítem 3. Registro de atenciones recibidas en el periodo comprendido.



Ítem 5. Registro de medio de atención al usuario durante el periodo comprendido.



Ítem 5. Registro de ciclo de vida de usuarios atendidos durante el periodo comprendido.



Ítem 5. Atenciones en Salud Mental.

PROFESIONAL	FECHA	RECEPCION	NOMBRE DEL USUARIO	TELÉFONO DE RESPONSA	EDAD	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACION	PAIS DE NACIONALIDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	OBSERVACION	RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3
LIZETH MONCIVERA	1/12/2021	WHATSAPP	CRISTIAN GARRIDO	3228788170	33	NO REFERIRSE	NO REFERIRSE	COLOMBIA	META	NO REFERIRSE	SOLICITO DE INFORMACIONES REFERENTES "MATERIA" ASIGNACIONES DE AMBROSIA REQUERIMIENTOS DE FIC VIGILANCIA Y ASISTENCIA CON EL SISTEMA DE ATENCION EN EL CENTRO DE ATENCION PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ZONA	NO SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO	NO SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO	NO SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO	
LIZETH MONCIVERA	1/12/2021	WHATSAPP	VIVIANE NA	323410888	44	F	111378948	COLOMBIA	NORTE DE SANTANDER	CHICHA	PROCESO ASOCIADO A REQUERIMIENTOS REFERENTES CON INFORMACIONES REFERENTES A LA ASISTENCIA EN EL CENTRO DE ATENCION PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ZONA	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO	SE REFERENCIA DE ENTORNO DE ENTORNO		
LIZETH MONCIVERA	11/12/2021	WHATSAPP	KEVIN	323958818	48	NO REFERIRSE	NO REFERIRSE	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO REFERENTE A LA ASISTENCIA EN EL CENTRO DE ATENCION PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ZONA	NO SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO	NO SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO		
LIZETH MONCIVERA	27/12/2021	LLAMADA	FERNANDA	3228788170	NA	NO REFERIRSE	NO REFERIRSE	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO REFERENTE A LA ASISTENCIA EN EL CENTRO DE ATENCION PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ZONA	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO	SE REFERENCIA DE ENTORNO DE ENTORNO		
LIZETH MONCIVERA	27/12/2021	LLAMADA	LISA ANGEL	322475727	28	NO REFERIRSE	NO REFERIRSE	COLOMBIA	META	BUERTO VICENTE	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO REFERENTE A LA ASISTENCIA EN EL CENTRO DE ATENCION PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ZONA	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO	SE REFERENCIA DE ENTORNO DE ENTORNO		
LIZETH MONCIVERA	14/12/2021	WHATSAPP	JOSIE BLENCKER	328897811	61	C E	7884231	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO REFERENTE A LA ASISTENCIA EN EL CENTRO DE ATENCION PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ZONA	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO	SE REFERENCIA DE ENTORNO DE ENTORNO		
LIZETH MONCIVERA	20/12/2021	WHATSAPP	ARLEN YINDE	322578788	48	C E	1128408	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO REFERENTE A LA ASISTENCIA EN EL CENTRO DE ATENCION PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ZONA	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO	SE REFERENCIA DE ENTORNO DE ENTORNO		
LIZETH MONCIVERA	20/12/2021	LLAMADA	SALOMÉ	322548782	18	NO REFERIRSE	NO REFERIRSE	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BUGOTA	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO REFERENTE A LA ASISTENCIA EN EL CENTRO DE ATENCION PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ZONA	SE LOGRO CONTACTO CON EL USUARIO	SE REFERENCIA DE ENTORNO DE ENTORNO		

Ítem 6. Registro de Seguimientos realizados durante el periodo comprendido.



Ítem 10. Cumplimiento a turnos de apoyo administrativos casa PIC.

DICIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
LIZETH C	LIZETH M	LILIANA	ANDREA	LIZETH C	KAROL	LIZETH M
ANDREA	LIZETH C	LIZETH M	LIZETH M	LILIANA	LIZETH C	LIZETH C
8	9	10	11	12	13	14
LILIANA	ANDREA	LIZETH C	KAROL	LIZETH M	LILIANA	ANDREA
KAROL	LIZETH M	LILIANA	ANDREA	KAROL	KAROL	LIZETH M
15	16	17	18	19	20	21
LIZETH C	KAROL	LIZETH M	LILIANA	ANDREA	LIZETH C	KAROL
LILIANA	ANDREA	LIZETH C	KAROL	LIZETH M	LILIANA	ANDREA
22	23	24	25	26	27	28
LIZETH M	LILIANA	ANDREA	LIZETH C	KAROL	LIZETH M	LILIANA
LIZETH C	KAROL	LILIANA	LILIANA	ANDREA	ANDREA	KAROL
29	30	31				
ANDREA	LIZETH C	KAROL				
KAROL	LIZETH M	ANDREA				

Ítem 16. Cuadro de los turnos del mes de diciembre.

3. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL:

Certifico que verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) correspondiente al periodo del presente informe como se relaciona a continuación:

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

www.esemeta.gov.co

atencion@esemeta.gov.co

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 8 de 9	
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2022/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

CONCEPTO	VALOR
Periodo Cotizado	DICIEMBRE
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$1.600.000
Número de Planilla	91912621
Fecha de pago de la planilla	2/12/2025
Valor pagado en SALUD	\$200.000
Valor pagado en PENSIÓN	\$256.000
Valor pagado en ARL	\$39.000

4. BALANCE FINANCIERO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO A LA FECHA

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO		
VALOR CONTRATO:	\$ 10.000.000	
ADICION	\$1.200.000	
Valor a girado No. 001		\$ 4.000.000
Valor a girado No. 002		\$ 4.000.000
Valor a girado No. 003		\$2.000.000
Valor a girar No. 004		\$1.200.000
SUMAL IGUALES:	\$ 11.200.000	\$ 11.200.000

5. INFORMACION PRESUPUESTAL A LA FECHA

NUMERO DE CDP:	1342	VALOR DEL CDP:	\$50.000.000	
FECHA CDP:	24/09/2025			
NUMERO DE RP:	4531	VALOR DEL RP:	\$10.000.000	
FECHA RP:	8/10/2025			
NUMERO CDP ADICION:	1623	VALOR CDP ADICION:	\$1.200.000	
NUMERO RP ADICION:	5681	VALOR RP ADICION:	\$1.200.000	
NOMBRE DEL RUBRO PRESUPUESTAL	CODIGO PRESUPUESTAL	VALOR INICIAL + ADICION	VALOR EJECUTADO	SALDO PRESUPUESTAL
SERVICIO PROFESIONALES ASISTENCIALES P.I.C	2.4.5.02.09.001.03	\$11.200.000	\$11.200.000	\$0

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

De acuerdo a la información anteriormente suministrada, como supervisor certifico que durante el

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

🌐 www.esemeta.gov.co

✉ gerencia@esemeta.gov.co

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 9 de 9	
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2022/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

PERIODO No. 4 comprendido de nueve días del mes de diciembre del 2025, el contratista cumplió a satisfacción las actividades objeto del Contrato: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA EL DESARROLLO DE LA LINEA AMIGA DEL DEPARTAMENTO DEL META", además todas las obligaciones pactadas y cumplió con el pago del Sistema de Seguridad Social.

Por lo anterior se autoriza el pago correspondiente al periodo relacionado por valor de **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS (\$1.200.000)**.

Certifico que toda la información contenida en el presente informe fue verificada física y documentalmente por la suscrita.

ANEXOS:

Soportes de pago de seguridad social correspondientes al periodo de este informe:

Cuenta de cobro.

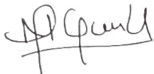
Planilla de seguridad.


Formato centro de costos.

Informe de actividades.

Paz y Salvo de la cuenta.

Declaración juramentada Dian en la primera cuenta, si cambia de responsabilidad informar.

FIRMA:	
NOMBRE COMPLETO	NADIA PAOLA GUEVARA UMAÑA
CEDULA:	35.264.816
CARGO O DEPENDENCIA	SUBGERENTE ASISTENCIAL
Supervisor	

FIRMA:	
NOMBRE COMPLETO	MIGUEL ANGEL ROMERO
CEDULA:	1.122.651.740
CARGO O DEPENDENCIA	COORDINADOR DEPARTAMENTAL PIC
Apoyo a la supervisión	

Doctora:
MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ ORTIZ
E.S.E. SOLUCION SALUD
Villavicencio Meta.

Asunto: Acuerdo expreso sobre pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

Cordial saludo.

LIZETH MOSQUERA PARDO, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.123.514.962 de CASTILLA LA NUEVA (META) de forma libre, expresa y espontánea, manifiesto mi voluntad para acordar que los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, derivados del Contrato No 2029 del 2025, que tiene por objeto *"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA PARA EL DESARROLLO DE LA LINEA AMIGA DEL DEPARTAMENTO DEL META"*, suscrito con el Departamento del Meta, serán gestionados, realizados y pagados en su totalidad por el suscrito (a).

Lo anterior, en virtud de la habilitación legal emanada del Decreto 514 de 2025, artículo Artículo 2.2.4.18.7, que permite el presente acuerdo, y que exonera de esta manera al contratante, en este caso, a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E. Solución Salud, de las obligaciones derivadas de la Ley 2381 de 2024, en especial de aquellas contenidas en los artículos 7 y 21.

Atentamente,


LIZETH MOSQUERA PARDO
C.C. 1.123.514.962 de Castilla La Nueva, Meta

Información básica de la planilla

Empresa: LIZETH MOSQUERA PARDO NIT: 1123514962
 Tipo Planilla: I Período liquidación Pensiones: diciembre 2025
 Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL Período liquidación Salud: diciembre 2025
 Número de Radicación: 91912621 Total a pagar: \$495,000
 Fecha de vencimiento: 16/01/2026 Total de empleados: 1
 Fecha de Pago: 02/12/2025 Número de Administradoras: 3

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI Nit recaudo: 9998600669427
 Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social Medio de Pago: Pago Electronico por PSE
 Banco: NEQUI Número Autorización: 1975397839

Estado de la transacción: Transacción aprobada

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$39,000
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$256,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$200,000
						\$495,000

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1123514982	LIZETH MOSQUERA PARDO	Calle 4A #14-80 Urbanización San
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
ÚNICA	1 - Independiente		Ciudad / Municipio
			VILLAVICENCIO
			META
			NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/SEMANA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/SEMANA)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2025-12	2025-12	1	02/12/2025
			NÚMERO PLANILLA
			91912621
			CANTIDAD EMPLEADOS
			1
			TOTAL A PAGAR
			\$495.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	200.000
			UPC Adicional
			0
			Incapacidades
			Valor
			0
			No. Autorización
			0
			Licencia Maternidad
			Valor
			0
			Días Mora
			0
			Valor Mora Cotización
			0
			Valor Mora UPC
			0
			Total a Pagar
			200.000
			No. Afiliados
			1

TOTALES PENSION

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
230301	Porvenir	900224808-8	256.000
			Aportes FSP - Subistencia
			0
			Aportes FSP - Solidaridad
			0
			Aportes Voluntario Aportante
			0
			Aportes Voluntario Afiliado
			0
			Días Mora
			0
			Valor Mora FSP
			0
			Total a Pagar
			256.000
			No. Afiliados
			1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	39.000
			Incapacidades
			Valor
			0
			No. Autorización
			0
			Días Mora
			0
			Valor Neto Cotización
			39.000
			Valor Mora Cotización
			0
			Subtotal Cotización
			39.000
			Valor Saldo a Favor
			0
			Fondo Solidaridad
			390
			Total a Pagar
			39.000
			No. Afiliados
			1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS			
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte
			0
			Días Mora
			0
			Valor Mora Aporte
			0
			Total a Pagar
			0
			No. Afiliados
			0

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
			SENA
			0
			ICBF
			0
			ESAP
			0
			MEN
			0
			TOTALES
			495.000
			No. Afiliados
			495.000

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.000

**LA DEPENDENCIA DEL PIC DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL
DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD**

CERTIFICA:

Que **LIZETH MOSQUERA PARDO**, identificada con el número de cedula de ciudadanía **1.123.514.962** de **Castilla La Nueva**, quien está vinculada bajo el contrato de prestación de servicios **No. 2029 del 2025**, cuyo objeto es **“Prestación de servicios profesionales como psicólogo para el desarrollo de la Línea Amiga del Departamento del Meta”**, al revisar los aportes al sistema general de seguridad social, se identifica de acuerdo a soportes suministrados que la contratista pago sus aportes por el periodo ejecutado y/o contratado.

Se expide la presente certificación a solicitud de la supervisión, a los **24 días** del mes de **diciembre del 2025**.



JESSICA KATHERINE GALLO AYALA
PROFESIONAL DEL PIC DEPARTAMENTAL
ESE SOLUCION SALUD

Villavicencio, 24 de diciembre de 2025

Doctora

NADIA PAOLA GUEVARA UMAÑA

Supervisora

E.S.E. Departamental del Meta

**INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
CONTRATO 2029 DEL 8 DE OCTUBRE DE 2025
PERIODO No 4 DE 4
NUEVE DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2025**

OBJETIVO DEL CONTRATO: Prestación de servicios profesionales como *PSICÓLOGO PARA EL DESARROLLO DE LA LINEA AMIGA DEL DEPARTAMENTO DEL META*.

DESARROLLO DEL CONTRATO: Me permito informar el desarrollo del contrato 2029 correspondiente al periodo comprendido NUEVE días del mes de DICIEMBRE del 2025. En los siguientes aspectos:

ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades ejecutadas durante el periodo fueron las siguientes:

1. Realizar atención e intervención en crisis, orientación, asesoría y direccionamiento a las personas que soliciten ayuda a través de la Línea Amiga, cumpliendo con los protocolos y/o guías nacionales de intervención de los eventos de interés en salud mental, garantizando la atención de la Línea Amiga las 24 horas al día y todos los días de la semana, incluidos sábados, domingos y festivos con el equipo de la Línea Amiga.

ACTIVIDAD

- Durante el periodo de ejecución de este informe de cumplimiento a este ítem contractual con un total de 2 (1 en horario diurno y 1 nocturno).



Asunto: Turnos en la Línea Amiga.

2. Realizar con el equipo de la Línea Amiga seguimientos telefónicos a todos los casos identificados de salud mental haciendo énfasis en ideación, planeación e intento de suicidio, teniendo en cuenta las acciones establecidas en el protocolo por el Ministerio de Salud y Protección Social hasta lograr que se le garantice al usuario el acceso oportuno a los servicios de salud mental en su EPS.

ACTIVIDAD

- Durante este periodo, no se registraron atenciones relacionadas con ideación, planeación ni intento de suicidio, debido a que no se atendieron usuarios con este motivo de consulta.
3. Realizar el registro diario de las atenciones de la Línea Amiga en el formato entregado por la coordinación del PIC Departamental y además de las bases datos de canalización, seguimiento y difusiones las cuales estarán en el DRIVE.

ACTIVIDAD

PROFESIONAL	HORA	RECEPCION	NOMBRE DEL USUARIO	TELEFONO DE RECEPCION DE LLAMADA O DE	IDENTIFICAR SI ES UN CASO DE SALUD MENTAL	EDAD	DEPARTAMENTO	EAPB	CURSO DE VIDA	SEXO	MOTIVO DE ATENCIÓN (Si la respuesta es otros, especificar)	OBSERVACIONES
LIZETH MOSQUERA	4:47 p.m	LLAMADA	CLARA	3112230596	NO	50	META	NO REFIERE	ADULTEZ 29 A 59 AÑOS	FEMENINO	INFORMACION GENERAL	USUARIO SE COMUNICA SOLICITANDO INFORMACION SOBRE CITA MEDICAS
LIZETH MOSQUERA	5:10 a.m	LLAMADA	JUAN	3132793279	SI	20	META	NO REFIERE	JUVENTUD 18 A 28 AÑOS	MASCULINO	INFORMACION SALUD MENTAL	USUARIO SE COMUNICA SOLICITANDO INFORMACION GENERAL USUARIO MUY BIEN DE LO QUE REFIERE UNA SITUACION DE INTERACCION SEXUAL CON SU PROGENITORA LA CUAL LE GENERA CONEJION
LIZETH MOSQUERA	10:41 p.m	LLAMADA	ESTEBAN	3206573651	SI	19	META	NO REFIERE	JUVENTUD 18 A 28 AÑOS	MASCULINO	INFORMACION SALUD MENTAL	AMBULANCIA PARA FAMILIAR QUIEN PRESENTAMENTE TIENE MUY ASIENTOS CON USUARIO SE COMUNICA EXPRESANDO SINTOMAS
LIZETH MOSQUERA	10:41 p.m	WHATSAPP	YEINER	3133901838	SI	31	META	NUEVA EPS	ADULTEZ 29 A 59 AÑOS	MASCULINO	DEPRESION	DEPRESIVOS, RECIENTEMENTE PRESENTA EPISODIO AGRESIVO CON EX PAREJA
LIZETH MOSQUERA	10:54 p.m	LLAMADA	ALEX	3124309541	SI	13	META	NUEVA EPS	ADOLESCENCIA 12 A 17 AÑOS	MASCULINO	ANSIEDAD	USUARIO DE BOYACA SE COMUNICA MANIFESTANDO MALESTAR EMOCIONAL ASOCIADO A RUPTURA DE PAREJA. RESPUESTA: SI

Asunto: Registro de atenciones recibidas en el periodo comprendido.

Anexo 1. Registro de atenciones realizadas durante el periodo comprendido.

- Realicé el registro de las atenciones de manera digital a través de la matriz de Excel cargada en Google Drive, la cual contiene la información sociodemográfica de los llamantes, motivo de la llamada y canalización o direccionamiento realizado por usuario.
- Durante los días en mención se atendió un total de cinco (5) usuarios, de los cuales cuatro (4) correspondieron a hombres y una (1) a mujer, pertenecientes a los ciclos vitales de adolescencia, juventud y adultez. La totalidad de las atenciones realizadas correspondió a personas provenientes del departamento del Meta.

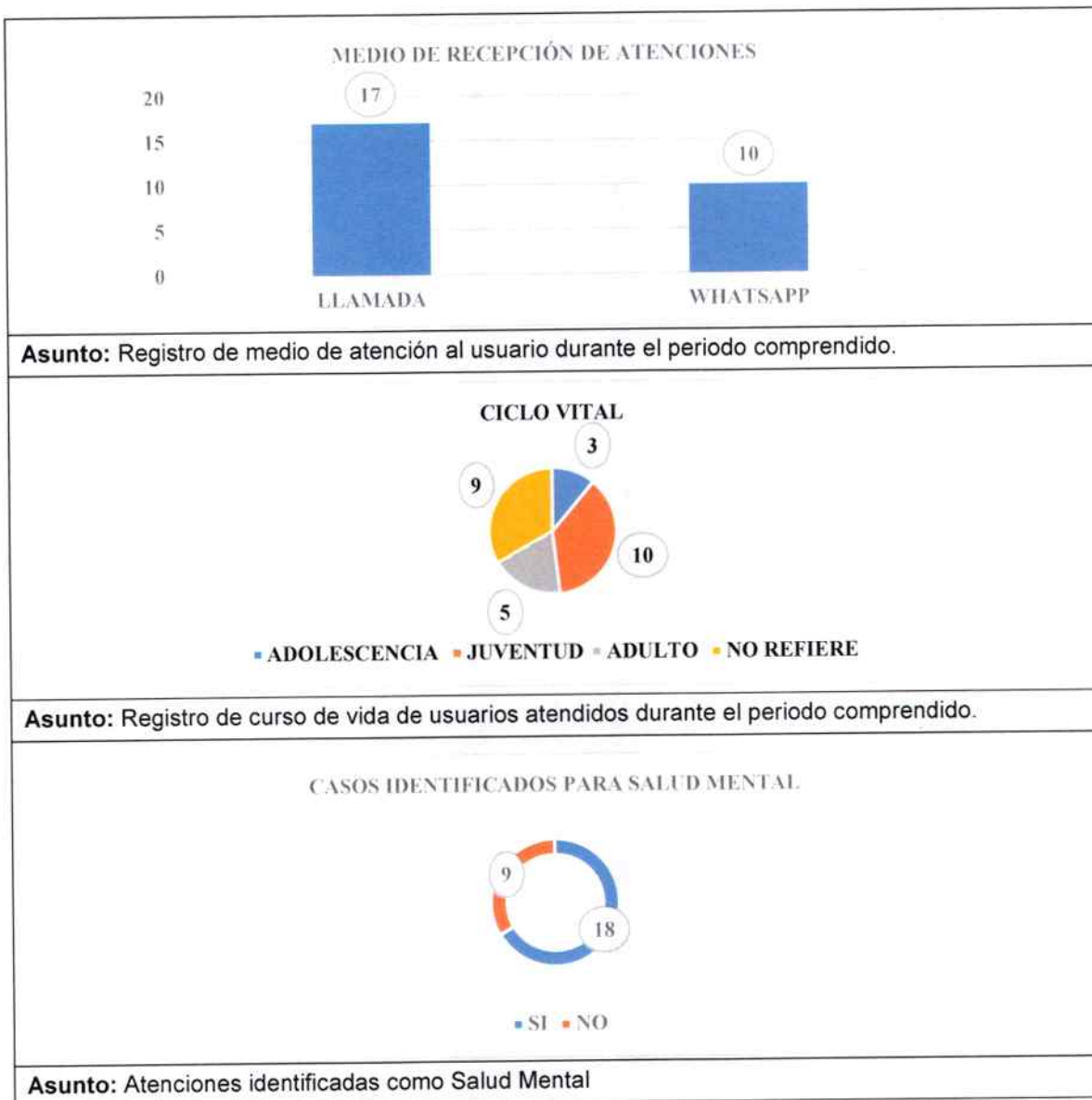
ACTIVIDAD

- Durante este periodo, realicé y entregué oportunamente los soportes físicos y escaneados del desarrollo de las actividades en el DRIVE, conforme a las orientaciones de la coordinadora del PIC de la Línea Amiga, bajo su respectiva supervisión y aprobación.
4. Realizar informe de atención e intervención de crisis, orientación, asesoría y direccionamiento de la Línea Amiga para la prevención de la ideación suicida, curso de vida y demás variables para realizar análisis de la población atendida cumpliendo los estándares técnicos mínimos con enfoque diferencial.

ACTIVIDAD

- Durante este periodo, elaboré en conjunto con los demás profesionales de la Línea Amiga el informe de atención e intervención en crisis, orientación, asesoría y direccionamiento, cumpliendo con los estándares técnicos mínimos y con enfoque diferencial. Para su desarrollo, tuve en cuenta la información registrada en la matriz de atenciones diarias del Drive y los seguimientos telefónicos realizados, con el fin de analizar las variables asociadas a la prevención de la ideación suicida y las diferentes etapas del curso de vida de la población atendida.

- El informe elaborado fue entregado a la Dra. Nancy Cortes, coordinadora del PIC de la Línea Amiga en Salud Mental, para su respectiva revisión y aprobación, previo envío por correo electrónico.



Anexo 2. Informe del período comprendido.

- Realizar informe de canalización, seguimiento y jornadas de difusión, comunicación y educación para las variables requeridas para realizar análisis de la población atendida cumpliendo los estándares técnicos mínimos con enfoque diferencial.

ACTIVIDAD

En cumplimiento del ítem establecido, durante el período evaluado se consolidó y elaboró:

- No se realizaron canalizaciones dirigidas a la EPS; no obstante, desde el servicio de teleorientación se garantizó la atención integral, brindando orientación oportuna y recursos de autocuidado en salud mental.

9. Realizar turnos de apoyo administrativo en casa PIC.

ACTIVIDAD

- *Durante el periodo en mención cumplí con el compromiso de brindar apoyo administrativo en la Casa PIC, dentro de los turnos asignados de atención en la Línea Amiga, atendiendo las orientaciones y requerimientos establecidos. Garanticé la radicación oportuna de los documentos solicitados ante el Nivel Central de la E.S.E. Solución Salud.*



10. Realizar seguimiento a la demanda inducida realizada a las IPS y EAPB de las personas con problemas de salud mental haciendo énfasis en conducta suicida y consumo de sustancias psicoactivas.

ACTIVIDAD

- *Durante este periodo, no se realizaron seguimientos a la demanda inducida dirigida a las IPS y EAPB en relación con personas con problemas de salud mental, dado que no se registraron atenciones asociadas a ideación suicida ni a consumo de sustancias psicoactivas.*

11. Apoyar el proceso de consolidación y entrega del informe mensual a la coordinación Departamental del PIC en el marco del contrato interadministrativo de la vigencia 2025.

ACTIVIDAD:

- *Durante el periodo reportado, apoyé el proceso de consolidación y entrega del informe mensual correspondiente a las actividades desarrolladas por el equipo PIC, realizando el informe de seguimientos a las atenciones recibidas y a los usuarios que requerían continuidad en el acompañamiento.*

12. Tener disposición para el desplazamiento a los diferentes municipios para realizar difusión de la Línea Amiga donde nos soliciten.

ACTIVIDAD:

- *Durante el periodo reportado, mantuve la disposición para el desplazamiento a diferentes municipios con el fin de realizar actividades de difusión de la Línea Amiga, sin embargo, esta acción se proyecta para ejecución en fechas futuras, conforme a la planeación previa con coordinadora de equipo.*

13. Mantener la confidencialidad de la información a la cual tiene acceso con ocasión del contrato en desarrollo del contrato, guardar el secreto profesional y personal. No comunicar, divulgar, aportar ni utilizar indebidamente los secretos que se le hayan confiado o la información que haya conocido en virtud de los asuntos materia de servicio, a ningún título frente a terceros ni en provecho propio.

ACTIVIDAD:

- *Durante el periodo comprendido, cumplí con el deber de confidencialidad y secreto profesional, garantizando el manejo ético y reservado de la información conocida en el ejercicio de las funciones, sin realizar divulgación ni uso indebido de los datos de los usuarios o de los procesos institucionales.*

14. Participar en las reuniones mensuales y extraordinarias para la coordinación de actividades del equipo de la Línea Amiga.

ACTIVIDAD:

- *Durante el período en mención, se llevó a cabo una reunión con el equipo profesional y el área de coordinación, en la cual se acordó el desarrollo del trabajo para los días restantes del mes. Asimismo, se socializaron los lineamientos establecidos con el fin de dar cumplimiento a los objetivos de la Línea, fortalecer el trabajo colaborativo y promover mejoras en el ejercicio de las funciones.*



Asunto: Reunión con equipo profesional y coordinadora.

Anexo 3. Acta de reunión con equipo Línea Amiga y Coordinadora.

15. Las demás actividades designadas por la coordinación Departamental del PIC y/o supervisión del contrato en cumplimiento de su objeto contractual.

ACTIVIDAD:

- *Durante el periodo contractual la contratista junto con las profesionales que operan la Línea Amiga en Salud Mental, realizó cronograma de asignación de turnos, los cuales fueron asignados de tal manera que se cubrieran la atención en la línea amiga durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana, con ciclos de turnos de 12 horas por cada profesional.*
- *El cuadro de turnos fue enviado a la Doc. Nancy Cortes, coordinadora de la Línea Amiga, vía WhatsApp, para su respectiva aprobación y posteriores ajustes.*

DICIEMBRE

L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
LIZETH C. ANDREA	LIZETH M. LIZETH C.	LILIANA LIZETH M.	ANDREA LIZETH M.	LIZETH C. LILIANA	KAROL LIZETH C.	LIZETH M. LIZETH C.
8	9	10	11	12	13	14
LILIANA KAROL	ANDREA LIZETH M.	LIZETH C. LILIANA	KAROL ANDREA	LIZETH M. KAROL	LILIANA KAROL	ANDREA LIZETH M.
15	16	17	18	19	20	21
LIZETH C. LILIANA	KAROL ANDREA	LIZETH M. LIZETH C.	LILIANA KAROL	ANDREA LIZETH M.	LIZETH C. LILIANA	KAROL ANDREA
22	23	24	25	26	27	28
LIZETH M. LIZETH C.	LILIANA KAROL	ANDREA LILIANA	LIZETH C. LILIANA	KAROL ANDREA	LIZETH M. ANDREA	LILIANA KAROL
29	30	31				
ANDREA KAROL	LIZETH C. LIZETH M.	KAROL ANDREA				

Asunto: Cuadro de los turnos del mes de diciembre.

Lizeth Mosquera Pardo
LIZETH MOSQUERA PARDO
 Psicóloga Clínica
 Profesional Línea Amiga en Salud Mental



Empresa Social del Estado
Departamento del Meta E.S.E.
Solución Salud
NIT. 822.006.595-1



EL ÁREA DE COORDINACIÓN INSTITUCIONAL DEL PLAN DE INTERVENCIONES
COLECTIVAS DE LA ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIONES SALUD

CERTIFICA QUE:

LIZETH MOSQUERA PARDO
CONTRATO 2029 DE 2025

DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO EN NUEVE DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2025 REALIZO
LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES

Ítem	Breve descripción de la actividad	CUMPLE/NO CUMPLE
1	Realizar atención e intervención en crisis, orientación, asesoría, y direccionamiento a las personas que soliciten ayuda a través la Línea Amiga, cumpliendo con los protocolos y/o guías nacionales de intervención de los eventos de interés en salud mental, garantizando la atención de la Línea Amiga las 24 horas al día y todos los días de la semana, incluidos sábados, domingos, y festivos con el equipo de la línea amiga. ➤ Durante el periodo de ejecución de este informe de cumplimiento a este ítem contractual con un total de 2 (1 en horario diurno y 1 nocturno).	Cumple
2	Realizar con el equipo de la línea amiga visitas de campo o seguimientos telefónicos a todos los casos identificados por ideación, planeación e intento de suicidio, teniendo en cuenta las acciones establecidas en el protocolo de atención para el evento de salud pública definido por el Ministerio de Salud y Protección Social hasta lograr que se le garantice al usuario el acceso oportuno a los servicios de salud mental en su EPS. ➤ Durante este período no se registraron atenciones relacionadas con ideación, planeación ni intento de suicidio, debido a que no se atendieron usuarios con este motivo de consulta.	Cumple
3	Realizar el registro diario de las atenciones de la línea amiga en el formato entregado por la coordinación del PIC Departamental y organización de los demás soportes del desarrollo de las actividades en el DRIVE de la línea amiga. ➤ Realicé el registro de las atenciones de manera digital a través de la matriz de Excel cargada en Google Drive (registro diario de atenciones 2025), la cual contiene la información sociodemográfica de los llamantes, motivo de la llamada y canalización o direccionamiento realizado por usuario. ➤ Durante los días en mención se atendió un total de cinco (5) usuarios, de los cuales cuatro (4) correspondieron a hombres y una (1) a mujer, pertenecientes a los ciclos vitales de adolescencia, juventud y adultez. La totalidad de las atenciones realizadas correspondió a personas provenientes del departamento del Meta.	Cumple
4	Realizar informe epidemiológico por usuario que consulte a la línea amiga por evento de conducta suicida, curso de vida y demás variables para realizar análisis de la población atendida cumpliendo los estándares técnicos mínimos con enfoque diferencial. ➤ Durante este período, realicé y entregué oportunamente los soportes físicos y escaneados del desarrollo de las actividades en el DRIVE, conforme a las orientaciones de la coordinadora del PIC de la Línea Amiga, bajo su respectiva supervisión y aprobación.	Cumple

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

🌐 www.esemeta.gov.co

✉ gerencia@esemeta.gov.co



Empresa Social del Estado
Departamento del Meta E.S.E.
Solución Salud

NIT. 822.006.595-1



GOBERNACIÓN DEL
META

5	<p>Consolidar de manera mensual el archivo en físico de la línea amiga con los expedientes llevados por el equipo de la línea amiga en los eventos por conducta suicida y demás actividades desarrolladas en cumplimiento del lineamiento técnico operativo.</p> <p>➤ <i>Junto con el equipo de la Línea Amiga, consolidé el archivo físico de las atenciones realizadas durante los meses de ejecución del contrato, el cual también se encuentra disponible en formato digital en el Drive. En este archivo se consolida la información correspondiente a actas de reunión, asistencias de promoción y difusión de la Línea Amiga, certificados de jornadas de educación, informes de canalización, registros de atenciones y seguimientos, así como los cronogramas de turnos asignados.</i></p>	Cumple
6	<p>Participar en los estudios de casos por eventos en salud mental con el equipo de la línea amiga y/o la Secretaría de Salud del Departamento del Meta y/o reuniones convocadas por la coordinación departamental del PIC.</p> <p>➤ <i>Durante el período evaluado no se realizaron estudios de casos por eventos en salud mental, ni se llevaron a cabo reuniones relacionadas con esta actividad, debido a que no fueron convocadas.</i></p>	Cumple
7	<p>Realizar con el equipo de la línea amiga jornadas de comunicación y educación sobre los problemas y trastornos mentales, factores de riesgo más frecuentes, asociados a la conducta suicida, identificación temprana, manejo y promoción de factores protectores en salud mental, para la identificación oportuna y canalización de casos, con socialización de la Línea Amiga. Las jornadas tendrán una duración mínima de 90 minutos.</p> <p>➤ <i>Durante el período en mención no se realizaron actividades, dado que estas se ejecutaron y dieron cumplimiento en períodos anteriores.</i></p>	Cumple
8	<p>Realizar turnos mensuales de apoyo administrativo en casa PIC.</p> <p>➤ <i>Durante el mes cumplí con el compromiso de brindar apoyo administrativo en la Casa PIC, dentro de los turnos asignados de atención en la Línea Amiga, atendiendo las orientaciones y requerimientos establecidos. Garantice la radicación oportuna de los documentos solicitados ante el Nivel Central de la E.S.E. Solución Salud.</i></p>	Cumple
9	<p>Realizar seguimiento a la demanda inducida realizaras a las IPS y EAPB de las personas que llaman a la línea amiga por conducta suicida y consumo de sustancia psicoactivas.</p> <p>➤ <i>Durante este periodo, no se realizaron seguimientos a la demanda inducida dirigida a las IPS y EAPB en relación con personas con problemas de salud mental, dado que no se registraron atenciones asociadas a ideación suicida ni a consumo de sustancias psicoactivas.</i></p>	Cumple
10	<p>Apoyar el proceso de consolidación y entrega del informe mensual a la coordinación Departamental del PIC en el marco del contrato interadministrativo de la vigencia 2025.</p> <p>➤ <i>Durante este periodo la contratista, apoyó en la entrega del informe consolidando las actividades realizadas por el equipo PIC.</i></p>	Cumple
11	<p>Mantener la confidencialidad de la información a la cual tiene acceso con ocasión del contrato en desarrollo del contrato, guardar el secreto profesional y No comunicar, divulgar, aportar ni utilizar indebidamente los secretos que se le hayan confiado o la información que haya conocido en virtud de los asuntos materia de servicio, a ningún título frente a terceros ni en provecho propio.</p> <p>➤ <i>Durante este periodo la contratista, mantuvo la confidencialidad de la información a la cual tuvo acceso con ocasión del contrato en desarrollo del contrato, guardando el secreto profesional y no comunico, divulgo, aporito ni utilizo indebidamente los secretos que se le hayan confiado o la información que conoció en virtud de los asuntos materia de servicio, a ningún título frente a terceros ni en provecho propio.</i></p>	Cumple

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

🌐 www.esemeta.gov.co

✉ gerencia@esemeta.gov.co



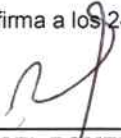
Empresa Social del Estado
Departamento del Meta E.S.E.
Solución Salud
NIT. 822.006.595-1

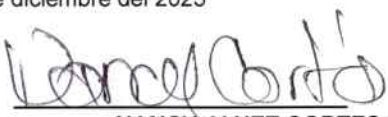


12	<p>Las demás actividades designadas por la coordinación Departamental del PIC y/o supervisión -contrato en cumplimiento de su objeto contractual.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Durante el periodo contractual la contratista junto con las profesionales que operan la Línea Amiga en Salud Mental, realizó cronograma de asignación de turnos para el mes de diciembre de 2025, los turnos fueron asignados de tal manera que se cubrieran la atención en la línea amiga durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana, por lo cual los turnos son de 12 horas por cada profesional.➤ El cuadro de turnos fue enviado a la Doc. Nancy Cortes, coordinadora de la Línea Amiga via WhatsApp, para su conocimiento y fines pertinentes.	Cumple
----	--	--------

En razón de lo anterior certifico a satisfacción las actividades del contrato de prestación de servicios 2029 del 2025 por el contratista mencionado en el encabezado con un porcentaje de ejecución del 100%.

El presente informe se firma a los 24 días del mes de diciembre del 2025


MIGUEL ANGEL ROMERO JIMENEZ
Coordinador PIC Departamental
ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD


NANCY JANET CORTES CAMARGO
Profesional apoyo PIC
ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD

Nota. Es de aclarar que el archivo en original se entrega en el informe general de actividades como soporte de la ejecución del contrato 0978 de 2025, a la secretaria de Salud del Meta.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD	Version 7	Codigo FR-CON-04	
	ASIGNACION DE COSTOS	FECHA VIGENCIA 2021/08/26	Documento Controlado	

NOMBRE CONTRATISTA	LIZETH MOSQUERA PARDO
PERIODO	9 días del mes de diciembre del 2025
No. CONTRATO	2029 - 2025



SUCURSAL		PROCENTAJE	
01	SEDE CENTRAL		%
02	SAN JUAN ARAMA		%
03	LEJANIAS		%
04	LA URIBE		%
05	MESETAS		%
06	LA MACARENA		%
07	PUERTO CONCORDIA		%
08	MAPIRIPAN		%
09	PUERTO LLERAS		%
10	VISTA HERMOSA		%
11	EL CASTILLO		%
12	EL CALVARIO		%
13	SAN JUANITO		%
14	PUERTO GAITAN		%
15	CABUYARO		%
	BARRANCA DE UPIA		%
	CUMARAL		%
18	RESTREPO	100	%
TOTAL		100	%

CENTRO DE COSTOS		
1	ASISTENCIAL	VALOR
101314	HOSPITALIZACIÓN	
102311	CONSULTA EXTERNA	
103323	URGENCIAS	
104317	P.Y P. ODONTOLOGIA	
104318	PROMOCION Y PREVENCIÓN	
104319	ARCHIVO C.A.	
106320	EPIDEMIOLOGIA (VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA)	
108315	LABORATORIO CLINICO (APOYO DIAGNOSTICO)	
108319	RAYOS X (APOYO DIAGNOSTICO)	
109328	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	
110001	CIRUGIA	
111001	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS (ASISTENCIAL)	
111002	SUBGERENCIA ASISTENCIAL	
111004	TAMIZAJE O ENCUESTAS	
112000	AMBULANCIA	
113000	ODONTOLOGIA GENERAL	
114001	ACTIVIDADES PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	1.200.000,00
114002	COVID -19	
TOTAL		\$ 1.200.000,00

2	ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	VALOR
201111	GERENCIA	
201112	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	
201113	OFICINA ASESORA JURIDICA	
201114	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	
201115	OF. ASESORA DE CONTROL INTERNO	
201116	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	
201217	VEHICULOS ADMINISTRATIVOS	
201218	CENTRO DE DOCUMENTACIÓN	
201220	RECURSO HUMANO	
201221	SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD EN EL TRABAJO	
201222	MANTENIMIENTO	
201223	VIGILANCIA	
201224	SERVICIOS GENERALES	
201313	FARMACIA	
201316	MEDIO AMBIENTE	
201321	SERVICIO AL CIUDADANO	
201324	MERCADEO	
201325	AUDITORIA MEDICA	
201326	CALIDAD	
201327	AREA CUENTAS -PROVEEDORES	
201330	INFRAESTRUCTURA	
201332	RECEPCION	
201334	COORDINADOR ASISTENCIAL	
201335	ARCHIVO ADMINISTRATIVO	
202211	SUBG. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
202212	CONTABILIDAD	
202213	PRESUPUESTO	
202214	FACTURACIÓN	
202215	CARTERA	
202216	TESORERIA	
202217	COMPRAS	
202218	COSTOS	
202219	ALMACEN	
TOTAL		\$ -

Para constancia se firma en Villavicencio, el 24 de Diciembre de 2025.

NADIA PAOLA GUEVARA UMAÑA
 Subgerente Asistencial
 SUPERVISORA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSION 1	Código FR-CON-06	
	DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS PERSONAL CPS	FECHA VIGENCIA 2024/02/12	DOCUMENTO CONTROLADO	

Artículos 206, 336, 383 y 387 del ET, los cuales terminaron siendo reglamentados con el Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 sistema de determinación del impuesto de renta de las personas naturales, clasificadas en la categoría DE RENTAS DE TRABAJO Vigencia 2025

Señores:
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD".
 Ciudad.

Yo, **LIZETH MOSQUERA PARDO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.123.514.962** de **Castilla La Nueva, Meta**, dando cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 103 y 383 del Estatuto Tributario, manifiesto expresamente y solo para fines tributarios bajo gravedad de juramento la siguiente información:

1	Soy persona natural, residente en Colombia.	SI	
2	Los ingresos percibidos como contraprestación al servicio prestado objeto del contrato de prestación de servicios, relacionado en esta certificación, corresponden a rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal reglamentaria (Parágrafo 2 Art 383 E.T).	SI	
3	Soy declarante del Impuesto sobre la renta.	SI	
4	Mis ingresos totales anuales superan los 1.400 UVT (Verificar el valor de la UVT al inicio de cada año).		NO
5	Durante el año anterior realice pagos por concepto de intereses financieros por la adquisición de vivienda o leasing habitacional (Adjuntar certificado anual Artículo 387 E.T).	SI	
6	Durante el año anterior realice pagos por concepto de medicina prepagada (Adjuntar certificado anual Artículo 387 E.T).		NO
7	Actualmente tengo dependientes económicos (Artículo 387 E.T).	SI	
8	Los pagos de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y arl, corresponden a la base mínima del 40% de los ingresos.	SI	
9	¿El contribuyente imputa costos en su declaración de renta correspondiente al año 2025?		NO

Código actividad económica Industria y Comercio 8299

En constancia de lo anterior, se firma a los 24 días del mes de diciembre del 2025.

Firma: <i>Lizeth Mosquera Pardo</i>
Nombre completo: LIZETH MOSQUERA PARDO
Número de Cédula: 1.123.514.962
Correo electrónico: Lisethpardo09@hotmail.com
Número de celular: 3213446323
Dirección para notificaciones: Calle 4A - 14-80 Urbanización San Sebastián, Hacaritama.