DOCUMENTOEQUIVALENTE AFACTURA

LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOSDESALUDSUROCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

MAYRAALEJANDRA PINZON ANGEL

C.C1014218090 DE BOGOTA

La suma de CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOCIENTOS PESOS M/C (4.195.200), por concepto de servicios como PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 en el ENTORNO CUIDADOR INSTITUCIONAL, durante el periodo de 1 al 31 de Julio del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6480-2025



MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL

C.C 1014218090 DE BOGOTA

CUENTADEAHORROSBANCODAVIVIENDA

NUMERO 458200121705

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 31 de Julio del 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
Apoyo a la supervisión
Entorno INSTITUCIONAL



ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
Apoyo a la supervisión
Entorno INSTITUCIONAL

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION - CONTROL DOCUMENTAL
FICHA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO SUBSIGUIENTE - ENTORNO CUIDADOR EDUCATIVO

Elaborado por: Referentes Entorno Educativo y GESI Nivel Central
Revisado por: Marcela Martínez Contreras
Aprobado por: Marcela Martínez Contreras y Diana Sofia Rios Oliveros

1. ENCABEZADO GENERAL

FECHA INTERVENCION: DD | MM | AAAA — FICHA

2. SESIÓN 1 CARACTERIZACIÓN - IDENTIFICACIÓN DE LA ESCOLAR

Nombre y apellidos completos — Número documento — Tipo Doc. 5 — Sexo 6 — Género 7 — Estado civil 8

Fecha de nacimiento (DD | MM | AAAA) — Etnia 9 — Nacion.* — Población diferencial y de inclusión 11 — Población 93

Zona 4 — Especial — Localidad 1 — UPZ / UPR — Sector Catastral

Barrio

Eje principal 2 — Número — Letra — Bis — Letra — Cuadrante 1 (SUR | ESTE) — Eje generador — Letra — Bis — Letra — Placa — Cuadrante 2 (SUR | ESTE)

Complemento 1 3 (No.) — Complemento 2 3 (No.) — Vereda — Coordenadas (X: | Y:) — Teléfono

Afiliación al SGSSS 15 — Nombre EAPB

3. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Tipo de establecimiento educativo 179 — Codigo y Nombre del establecimiento educativo

Codigo y Nombre de la sede del establecimiento educativo

Jornada — Localidad

4. CONDICIÓN DE LA ESCOLAR AL MOMENTO DE CAPTACIÓN - GESTANTE

Gestante (SI | NO) — Fecha Probable de Parto (DD | MM | AAAA) — Edad gestacional al inicio del control prenatal — Asiste mensualmente al control prenatal (SI | NO)

¿Tiene bajo peso gestacional? (SI | NO) — ¿Tiene exceso de peso gestacional? (SI | NO) — ¿Ha asistido a consulta de nutrición? (SI | NO)

Ha asistido a consulta de Salud Oral? (SI | NO) — Recibio Informacion sobre sentencia C-355 /C055 97 (SI | NO) — Esquema de vacunacion según edad gestacional (SI | NO)

5. CONDICIÓN DE LA ESCOLAR AL MOMENTO DE CAPTACIÓN - LACTANTE

Lactante (SI | NO) — Fecha de parto (lactante) (DD | MM | AAAA) — Cuenta con método de regulacion de la fecundidad (SI | NO | ¿Cúal?) — Estado nutricionl por IMC (persona lactante) — Delgadez — IMC adecuado — Sobrepeso — Obesidad

6. CONDICIÓN DE LA ESCOLAR AL MOMENTO DE CAPTACIÓN - EVENTO OBSTETRICO

Evento obstétrico (SI | NO) — Fecha del evento (DD | MM | AAAA) — Cuenta con metodo de regulacion de la fecundidad (SI | NO | ¿Cúal?)

7. INFORMACIÓN HIJO (A)

Edad del Lactante al momento de la captacion(en meses) — Peso al nacer — Prematurez (SI | NO) — Plan Canguro (SI | NO) — El recien nacido recibio consulta de lactancia materna 8-30 dias (SI | NO) — Asiste a valoración integral (SI | NO)

Lactancia exclusiva (SI | NO) — Vacunación completa (SI | NO) — El lactante de 6 a 23 meses de edad recibe una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna). (SI | NO)

8. IDENTIFICACION DE RIESGOS DE LA ESCOLAR AL MOMENTO DE CAPTACIÓN

¿Presenta Riesgos? (SI | NO) — Se identifica riesgo de violencia de género (SI | NO) — Presenta afectaciones emocionales (SI | NO) — Se identifica riesgo de unión temprana (SI | NO)

Se identifica Riesgo Deserción Escolar (SI | NO) — Se identifica consumo de SPA (SI | NO) — Se Identifica riesgo de embarazo subsiguiente (SI | NO) — ¿Ha repetido cursos? (SI | NO)

Se identifica abuso sexual (SI | NO) — ¿El evento fue denunciado? (SI | NO) — ¿El establecimiento educativo activó el protocolo de atención? (SI | NO) — ¿Otro? (SI | NO)

¿Cuál? _____

9. CONDICIONES FAMILIARES

Tipología de familia 300 — Patrones de Consumo SPA (Si | No) — Conflictos familiares por el embarazo o el evento en seguimiento (Si | No) — Violencia Intrafamiliar (SI | NO) — Debilidad en el apoyo de la red familiar (SI | NO) — Soporte familiar en el embarazo o el evento en seguimiento (SI | NO) — Antecedentes en salud mental en la familia (Si | No)

Familiograma

10. INFORMACIÓN DE LA PAREJA

Cuenta con el apoyo de la pareja 96 — Edad de la pareja — Ocupación 13 — ¿Convive con la pareja? (Si | No) — Relación Conflictiva con la pareja (Si | No)

11. ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Asistió o solicitó antes de la gestacion cita en Anticoncepción (Si | No) — Barreras de acceso 33 — Ha tenido embarazos previos (Si | No)

12. INFORMACIÓN ADICIONAL PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE CUIDADO

Generadores de Riesgo		
1. ¿Se identifican factores generadores de riesgo?	Si	No
2. Desconocimiento de atenciones en salud	Si	No
3. Dificultades de acceso al servicio de salud	Si	No
4. Débiles habilidades para el cuidado	Si	No
5. Baja red de apoyo familiar o social	Si	No
6. Dificultad para la resolución de conflictos	Si	No
7. Bajo reconocimiento de proyectos vitales a corto/medio plazo	Si	No
8. Dificultades para la toma de desiciones	Si	No
9. Dificultad en la regulacion emocional	Si	No
10. Consumo de SPA	Si	No
11. Problemas Intrafamilires	Si	No
12. Relación problemática con la pareja	Si	No
13. Riesgo condición nutricional	Si	No
14. Abandono rol escolar	Si	No
15. Maltrato - Vioencia	Si	No
16. Bajo estado de ánimo y baja autoestima	Si	No
17. Dificultad en la afiliación al Sistema de Seguridad Social	Si	No
18. Desconocimiento de riesgos asociados a la salud	Si	No
19. Otro	Si	No

Cual: _____

Generadores Protectores		
1. ¿Se identifican factores protectores?	Si	No
2. Recibe atenciones de RIAS	Si	No
3. Relaciones familiares cercanas	Si	No
4. Identificacion de redes de apoyo Social y Familiar	Si	No
5. Vida con proyectos	Si	No
6. Conductas de autocuidado	Si	No
7. Habilidades Emocionales	Si	No
8. Sin consumo de psicoactivos	Si	No
9. Vinculada a un proceso académico	Si	No
10. Relacion cercana con la pareja	Si	No
11. Dieta equilibrada y suficiente	Si	No
12. Habitos saludables	Si	No
13. Prioriza su salud mental y física	Si	No
14. Económico	Si	No
15. Otro	Si	No

Cúal: _____

Priorización de acciones cuidadoras a implementar en el Plan de Cuidado		
1. Necesidad de atencion en Salud	Si	No
2. Fortalecer gestión de emociones	Si	No
3. Fortalecer Capacidades Individuales	Si	No
4. Orientación en Sentido de Vida y proyecciones	Si	No
5. Fortalecer Habilidades Sociales	Si	No
6. Fortalecer habitos saludables	Si	No
7. Fortalecer factores protectores	Si	No
8. Construcción de relaciones sanas	Si	No
9. Abordaje familiar	Si	No
10. Gestión para restablecimiento de derechos	Si	No
11. Otra	Si	No

Cúal: _____

Canalización (Si | No)
Porqué No se canalizó 213
Modalidad Canalización 214
Prescripción Social 215

13. OBSERVACIONES FRENTE AL PLAN DE CUIDADO

Nombre profesional 1 — Perfil 115 — Nombre digitador

14. SESION 2 DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADO

Fecha Seguimiento (DD | MM | AAAA)

Nombre profesional 1 — Perfil 115 — Nombre digitador

Personas que acompañan el Seguimiento 93 — Gestante (Si | No) — Lactante o Evento obstétrico (Si | No) — Fecha del Parto (DD | MM | AAAA)

OBSERVACIONES DE LA SESION 2

14. SESION 3 DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADO

Fecha Seguimiento (DD | MM | AAAA)

Nombre profesional 1 — Perfil 115 — Nombre digitador

Personas que acompañan el Seguimiento 93 — Gestante (Si | No) — Lactante o Evento obstétrico (Si | No) — Fecha del Parto (DD | MM | AAAA)

OBSERVACIONES DE LA SESION 2

14. SESION 4 DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADO

Fecha Seguimiento (DD | MM | AAAA)

Nombre profesional 1 — Perfil 115 — Nombre digitador

Personas que acompañan el Seguimiento 93 | Gestante Si / No | Lactante o Evento obstétrico Si / No | Fecha del Parto DD MM AAAA

OBSERVACIONES DE LA SESION 2

Canalización Si / No

Porqué No se canalizó 213

Modalidad Canalización 214

Prescripción Social 215

14. SESION 5 DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADO

Fecha Seguimiento DD MM AAAA

Nombre profesional 1 | Perfil 115 | Nombre digitador

Personas que acompañan el Seguimiento 93 | Gestante Si / No | Lactante o Evento obstétrico Si / No | Fecha del Parto DD MM AAAA

OBSERVACIONES DE LA SESION 2

14. SESION 6 DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADO

Fecha Seguimiento DD MM AAAA

Nombre profesional 1 | Perfil 115 | Nombre digitador

Personas que acompañan el Seguimiento 93 | Gestante Si / No | Lactante o Evento obstétrico Si / No | Fecha del Parto DD MM AAAA

OBSERVACIONES DE LA SESION 2

15. EVALUACIÓN Y CIERRE DEL PLAN

Fecha Seguimiento DD MM AAAA

Nombre profesional 1 | Perfil 115 | Nombre digitador

Personas que acompañan el Seguimiento 93 | Gestante Si / No | Adherencia a las atenciones de la Ruta Materno Perinatal Si / No | Este proceso contribuyo a la mejora del cuidado de su salud Si / No

¿Considera que las estrategias utilizadas acompañaron acertadamente este momento de su vida? Si / No | Lactante o Evento obstétrico Si / No | Fecha del Parto (Lactante) DD MM AAAA | El hijo o hija de la escolar menor de seis meses tiene lactancia materna exclusiva? SI / NO

¿Accede a método de regulación de la fecundidad? Si / No | ¿ El metodo es de larga duración ? Si / No | Siente que se puede cerrar este proceso de intervención Si / No

Canalización Si / No

Porqué No se canalizó 213

Modalidad Canalización 214

Prescripción Social 215

OBSERVACIONES DE LA SESION

16. SEGUIMIENTO 1

Fecha Seguimiento DD MM AAAA

Nombre profesional 1 | Perfil 115 | Nombre digitador

Personas que acompañan el Seguimiento 93 | Gestante Si / No | Adherencia a las atenciones de la Ruta Materno Perinatal Si / No | Este proceso contribuyo a la mejora del cuidado de su salud Si / No

¿Considera que las estrategias utilizadas acompañaron acertadamente este momento de su vida? Si / No | Lactante o Evento obstétrico Si / No | Fecha del Parto (Lactante) DD MM AAAA | SI / NO

¿Continúa con el método de regulación de la fecundidad? Si / No | ¿ El metodo es de larga duración ? Si / No | Se identifica alguna necesidad para reaperturar la intervención Si / No

OBSERVACIONES SEGUIMIENTO 1

17. SEGUIMIENTO 2

Fecha Seguimiento DD MM AAAA

Nombre profesional 1 | Perfil 115 | Nombre digitador

Personas que acompañan el Seguimiento 93 | Gestante Si / No | Adherencia a las atenciones de la Ruta Materno Perinatal Si / No | Este proceso contribuyo a la mejora del cuidado de su salud Si / No

¿Considera que las estrategias utilizadas acompañaron acertadamente este momento de su vida? Si / No | Lactante o Evento obstétrico Si / No | Fecha del Parto (Lactante) DD MM AAAA | SI / NO

¿Continúa con el método de regulación de la fecundidad? Si / No | ¿ El metodo es de larga duración ? Si / No | Siente que se puede cerrar este proceso de intervención Si / No

OBSERVACIONES SEGUIMIENTO 2

ÉL o los usuarios aquí relacionados, conocen y autorizan de manera voluntaria, libre, expresa e inequívoca el tratamiento de datos e información sensible que se recolectan, en el marco de la ejecución de los convenios GSP-PSPIC, los cuales serán almacenados, procesados, usados, compilados, transmitidos, transferidos, actualizados y dispuestos para este fin, conforme a lo que establece la Ley 1581 de 2012, capítulo 25 del Decreto 1074 del 2015 (único reglamentario del sector comercio, industria y turismo) y la política de la Secretaría Distrital de Salud de tratamiento y protección de datos que se puede consultar en el siguiente link: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Politica_Proteccion_Datos_P.pdf y la Política de Protección y Tratamiento de Datos Personales (o su equivalente) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte/Sur/Sur Occidente/Centro Oriente E.S.E.
La Secretaría Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte/Sur/Sur Occidente/Centro Oriente E.S.E son los responsables del tratamiento de los datos personales consignados por él o los usuarios, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, del Decreto 1074 de 2015 y de la política de tratamiento de datos personales de las entidades, respetando los derechos de los titulares y acatando las obligaciones que esto implica.

VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
1	Marzo de 2026	Se realiza ajuste de FICHA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO SUBSIGUIENTE EN ADOLESCENTES - Entorno Cuidador Educativo, dado a los nuevos convenios administrativos celebrados entre la Secretaria Distrital de Salud – FFDS y las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E; para la ejecución de las acciones de Gestión de la Salud Pública de competencia y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC. Al igual que la actualización de la documentación según el Sistema de Gestión de Calidad.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Referentes Entorno Educativo y GESI Nivel Central	Nombre: Marcela Martínez Contreras	Nombre: Marcela Martínez Contreras y Diana Sofia Rios Oliveros
Cargo: Profesionales Especializados, ingenieros, técnicos y tecnólogos	Cargo: Subdirectora de Acciones Colectivas	Cargo: Subdirectora de Acciones Colectivas y Subdirector Tecnico Subdireccion de Determinantes en Salud
Fecha Marzo de 2026	Fecha: Marzo de 2026	Fecha: Marzo de 2026

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-27, 08:10:17 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083846044

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** julio de 2026

GUARDADA

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL		
Documento	CC1014218090	**Dirección**	CR 126 #20 - 10 TORRE 2 APTO 1204
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 APP	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 1014218090	MAYRA ALEJANDRA PINZON ANGEL	57	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900	$ 0	$ 576.900

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.