Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-09-01	**Hasta:**	2023-09-30	
Nombre del Contratista:	GREISCY JULIETH GALEANO TOVAR		**Número de Documento:**	1024514821	
Correo Electrónico:	julireal18@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3183976747	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5970-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$4613064	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4613064**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-09-30	1	$ 17700126	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 4587993	2836

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 3860934
2	JUNIO	$ 4587993

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	JULIO	$ 4613064
4	AGOSTO	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 26901183**	**$ 17675055**	**$ 9226128**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar servicio de apoyo de Equipos de Atención en Casa - Atención Individual Profesional en Psicología	-Agendar visita para valoracion inicial	-Aplicacion de tamizajes Zung y Hamilton , con respectivo consentimiento informado
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-Valoracion inicial para captura de informacion inicial	-verificacion base de datos y agendamiento de visitas para valoracion yformatos diligenciados
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo	-evaluación para adultos	-base de datos visitas efectivas
4	4. Intervención Psicológica: Sesión 1 Manejando el estrés, Sesión 2 Enfrentando problemas, Sesión 3 Seguir andando, continuar haciendo. Sesión 4 Fortaleciendo el apoyo social.	-intervención breve para adultos, enfrentando problemas de 90 minutos en cada sesión	-base de datos y pruebas aplicadas
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP	-psicoeducación a familiares y redes de apoyo.	-resultados de tamizajes de cada sesión
6	6. Programar visitas complementarias a los hogares que requieran aplicación de pruebas por alertas en salud mental y/o presencia de personal en condición de dependencia/discapacidad y sus cuidadores.	-informar al usuario el motivo de la valoración	-resultado e informe de cada tamizaje
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	-informar al usuario el motivo de la valoración	-resultado e informe de cada tamizaje
8	8. Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado	-Asistencia firma listado de asistencia	-Asistencia firma listado de asistencia
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-Asistencia firma listado de asistencia	-Asistencia firma listado de asistencia
10	10. Analizar diariamente la información recolectada con el fin de disponer a tiempo de las variables necesarias para la construcción colectiva de las citadas recomendaciones.	-recolectar información	-historia clínica de cada usuario

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	-organizar documentos	-carpetas para reposar información
12	12.Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	-entregar información en tiempos establecidos	-actualizar diariamente base de datos compartidas
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Diligenciamento de bases en excel, y datos solicitados.	-Diligenciamento de bases en excel, y datos solicitados.
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-Asistencia firma listado de asistencia	--Asistencia firma listado de asistencia
15	15. Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaria de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.	-cumplimiento de los productos con calidad del dato en tiempo establecidos.	-soportes, historia clínica, bases de datos.

© Siasur - 2023

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 4613064
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	70162109		
2023	AGOSTO	2023	09	08			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1845226	$ 295236	$ 296100
Salud		COMPENSAR		$ 230653	$ 231400
ARL	3	SURA		$ 44950	$ 45200
Caja de Compensación	NO		Total	$ 535521	$ 572700

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488420122464

GREISCY JULIETH GALEANO TOVAR
1024514821

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024514821	GREISCY JULIETH GALEANO TOVAR	CARRERA 48 B No. 73 A - 23 SUR	3242831085	greiscygaleano18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		Si

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	08/09/2023	70152109	$606.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS305	Sanitas EPS	800251440-6	229.400	0		0		0	2	600	0	230.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	293.700	0	0	0	0	2	700	0	294.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860903790-5	44.800				44.800	2	100	44.900			448	44.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.800	2	100	36.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	229.400	230.000
Pensión	1	293.700	294.400
Riesgos Laborales	1	44.800	44.900
CCF	1	36.800	36.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	604.700	606.200

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024514821	GREISCY JULIETH GALEANO TOVAR	CARRERA 48 B No. 73 A - 23 SUR	3242831085	greiscygaleano18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	06/09/2023	70162109	$606.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	FAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONMUTACION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024514821	GALEANO TOVAR GREISCY JULIETH	59	0			N																	230301	1.835.197	293.700	0	0	0	0	EPS005	1.835.197	220.400	14-11	1.835.197	3	44.900	CCF24	1.835.197	36.809	0	0	0	0	0

Este documento está digitalizado con el PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024514821	GREISCY JULIETH GALEANO TOVAR	CARRERA 48 B No. 73 A - 23 SUR	3242831085	greiscygaleano18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
70162109	08/09/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	N	02/10/2023	71322128	$3.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.300	0		0		0	26	100	0	1.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.600	0	0	0	0	26	100	0	1.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	200				200	26	100	300			2	300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	200	26	100	300	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.300	1.400
Pension	1	1.600	1.700
Riesgos Laborales	1	200	300
CCF	1	200	300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	3.300	3.700

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024514821	GREISCY JULIETH GALEANO TOVAR	CARRERA 48 B No. 73 A - 23 SUR	3242831085	greiscygaleano18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
70162109	08/09/2023				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-08	2023-08	N	02/10/2023	71322128	$3.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sub-tipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Fondo de Pensiones	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024514821	GALEANO TOVAR GREISCY JULIETH	59	0			N																	230301	1.845.447	295.309	0	0	0	0	EPS005	1.845.447	230.700	14-11	1.845.447	3	45.000	CCF24	1.845.447	37.000	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por la Ley de Compensar Operador de Información

Pago PSE

Código único CUS
149599999

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
08/09/2023

Número de aprobación
00599999

Dirección IP
179.51.102.3

Valor transacción
$ 606.200,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
179.51.102.3	CC	1024514821

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

[redacted]

← Comprobante

Movimiento hecho en:

NEQUI

Numero de referencia

M3426623

Pago realizado

Pago en

Compensar-oi

¿Cuanto?

$ 3.700,00

Fecha

02 de octubre de 2023 a las 12:52 p. m.

¿Preguntas? Ve al menu Movimientos en la app Nequi y reporta un problema

Colombia

UTC -5
GREISCY GALEANO

Buscar...

ir un

Ver contrato

Información general

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estata! >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

identificación de pago	numero de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
CUENTA ABRIL CTO - 7336- 2022. pdf.pdf	CUENTA ABRIL CTO - 7336- 2022. pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA MAYO CTO 5970-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA JUNIO CTO 5970-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA JULIO CTO 5970-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA AGOSTO CTO 5970 - 2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5970 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Carga nueva

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

LTE 5

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se registró la información con éxito

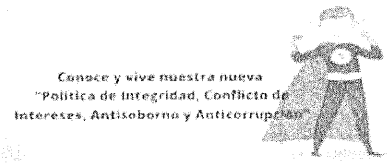
Aceptar

donde acorde al resultado podremos validar cual es la percepción de cultura de seguridad y generar estrategias que nos den la opción de incrementar el mejoramiento continuo. Se preservará la confidencialidad y soló serán unos minutos.

Agradecemos su compromiso con la seguridad de los pacientes.

AA e.almeraim.com

LTE 5



Evaluación para la medición de apropiación del conocimiento de la Política de Integridad, Conflicto de Intereses, Antisoborno y Anticorrupción - Tercer trimestre

Se ha registrado tu respuesta.

Enviar otra respuesta

AA docs.google.com

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Certifica que:

GREISCY JULIETH GALEANO TOVAR

C.C.1024514821

Participó en el Curso Virtual:

Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"

Con una intensidad horaria de seis (6) horas

E C f j P 2 I s J U

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

Bogotá salud digital

BOGOTÁ

"La presente constancia de asistencia se expide conforme a lo definido en el Decreto 1075 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Educación Artículo 2.6.6.8. Educación informal"