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	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-09-01	**Hasta:**	2023-09-30	
Nombre del Contratista:	DENNIS PAOLA GARZON SUAREZ		**Número de Documento:**	1016020786	
Correo Electrónico:	dennispaolagarzons@gmail.com		**Número Telefónico:**	3118288213	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5996-2023	**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	$5515620	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5515620**	**CINCO MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL SEISCIENTOS VEINTEPESOS**		

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	$ 17649984	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 5816472	2836
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 3810792	
2		JUNIO		$ 4613064	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	JULIO	$ 4613064
4	AGOSTO	$ 4913916

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	$ 28079520	$ 17950836	$ 10128684

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.	-1. Contacto de los usuarios remitidos por los profesionales médicos y enfermería para programar visita de valoración psicológica	- Base de datos en el drive
2	2. Realizar el abordaje del personal con Depresión y Ansiedad	-2. Se realiza visita para valoración psicológica de acuerdo con los pacientes remitidos por los profesionales de los EAC. Se aplica tamizajes de Zung y Hamilton para detectar síntomas de depresión y ansiedad, también se aplica valoración de riesgo de pensamiento suicida.	- Pruebas aplicadas , información registrada en el formato digital
3	3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo.	- 3. Se realizará plan de manejo de acuerdo a la valoración psicológica, e identificación de riesgo psicosocial.	- Historia clínica
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.	- 4. Se realiza psi coeducación a los usuarios valorados en fortalecimiento de redes de apoyo. Si el usuario se encuentra acompañado por un familiar, previa autorización del usuario se invita al familiar para que se involucre en la orientación.	- Historia clínica
5	5. Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP.	- 5. En cada consulta con el paciente se desarrollar la evaluación Pre -EP para identificar avances de las intervenciones, al igual que la evaluación Post para identificar el impacto del proceso psicológico.	- Base de datos drive con el puntaje de las evaluaciones aplicadas en 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.	- 6. Remisión del equipo de relevo de paciente identificados que cumplan con los requisitos de cuidador de persona dependiente y que se detecte riesgo en su salud mental.	- Base de datos
7	7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda:	- 7. Registrar la respectiva valoración psicológica de los pacientes remitidos para la atención.	- Registro en base de datos
8	8. Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado	- 8. De acuerdo con los resultados de los tamizajes aplicados, con depresión grave y ansiedad severa, se analizan y se presentan en mesa de trabajo - Comité de cuidado.	- Pruebas con los resultados generados, de acuerdo con la valoración realizada al paciente.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	- 9. Presentar los casos atendidos en la semana que tenga priorización alta en riesgo de salud mental con sus respectivas pruebas calificadas y el seguimiento de ellos.	- Acta de comité
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.	- 10. Análisis de los casos de acuerdo con el riesgo psicosocial y de salud mental identificado en las consultas psicológicas. Carpeta física o digital con los soportes generados.	- Historia clínica y soportes de seguimiento Evaluación Pre -EP y Post -EP
11	11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad.	- 11. Realizar guarda y custodia de los soportes documentales físico/digital generados para realización de las actividades asignadas.	- Consentimiento informado en carpeta física
12	12.Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	- 12. Desarrollar las acciones y actividades estipuladas en la guía operativa de los EAC en salud mental.	- Productos generados y entregados.
13	13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	- 13. Registro de la información requerida de acuerdo con las directrices dadas para ello.	- Formatos físios/digitales (drive).
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	- 14. Programar con el profesional de psiquiatría las mesas de ayuda para el análisis de los casos prioritarios que requieran de la valoración por el profesional de psiquiatría	- Acta de reunión y/o comité
15	15. Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría 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.	- 15. Control realizado por los líderes operativos, de acuerdo con los requerimientos solicitados. Bases, historia clínica y demás soportes solicitados por la coordinación.	- Bases, historia clínica y demás soportes solicitados por la coordinación.

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	$ 4913916
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9456561746		
2023	AGOSTO	2023	09	21			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS DIECISEISPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1965566	$ 314491	$ 314900
Salud		SALUD TOTAL		$ 245696	$ 246000
ARL	3	SURA		$ 47881	$ 48000
Caja de Compensación	NO		Total	$ 570447	$ 608900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	91219837491

DENNIS PAOLA GARZON SUAREZ
1016020786

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016020786		GARZON SUAREZ DENNIS PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 52 SUR N. 97C-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3594505	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	173980054	9456561746	I	2023/09/20	2023/09/21	BANCOLOMBIA	1	$608,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct ivl vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,965,566	$314,500			$1,965,566	$245,700			$0	$0			$1,965,566		$47,900		$0	$0		$608,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,965,566	$314,500			$1,965,566	$245,700			$0	$0			$1,965,566		$47,900		$0	$0		$608,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,965,566	$314,500			$1,965,566	$245,700			$0	$0			$1,965,566		$47,900		$0	$0		$608,100
1	CC	1016020786	GARZON DENNIS X	230201	30	$1,965,566	$314,500	EPS002	30	$1,965,566	$245,700		0	$0	$0	14-11	30	$1,965,566	2.436%	$47,900	0	$0	$0	No	$608,100
Total Afiliados(1)						$1,965,566	$314,500			$1,965,566	$245,700			$0	$0			$1,965,566		$47,900		$0	$0		$608,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016020786		GARZON SUAREZ DENNIS PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 52 SUR N. 97C-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3594505	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	173980054	9456561746	I	2023/09/20	2023/09/21	BANCOLOMBIA	1	$608,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$314,500	$400	$0	$314,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$314,500	$400	$0	$314,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$47,900	$100	$0	$48,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$47,900	$100	$0	$48,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$245,700	$300	$0	$246,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$245,700	$300	$0	$246,000
TOTAL				1	$608,100	$800	$0	$608,900

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: DENNIS PAOLA GARZON SUAREZ

Nro. de recibo: 9456561746

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9456561746

Identificación del contribuyente: 192.168.12.180

Concepto: CC

Razón Social: 1016020786

Fecha y hora de la transacción: Jueves 21 de Septiembre de 2023 01:00:44 PM

Nro. de comprobante: 0000014661

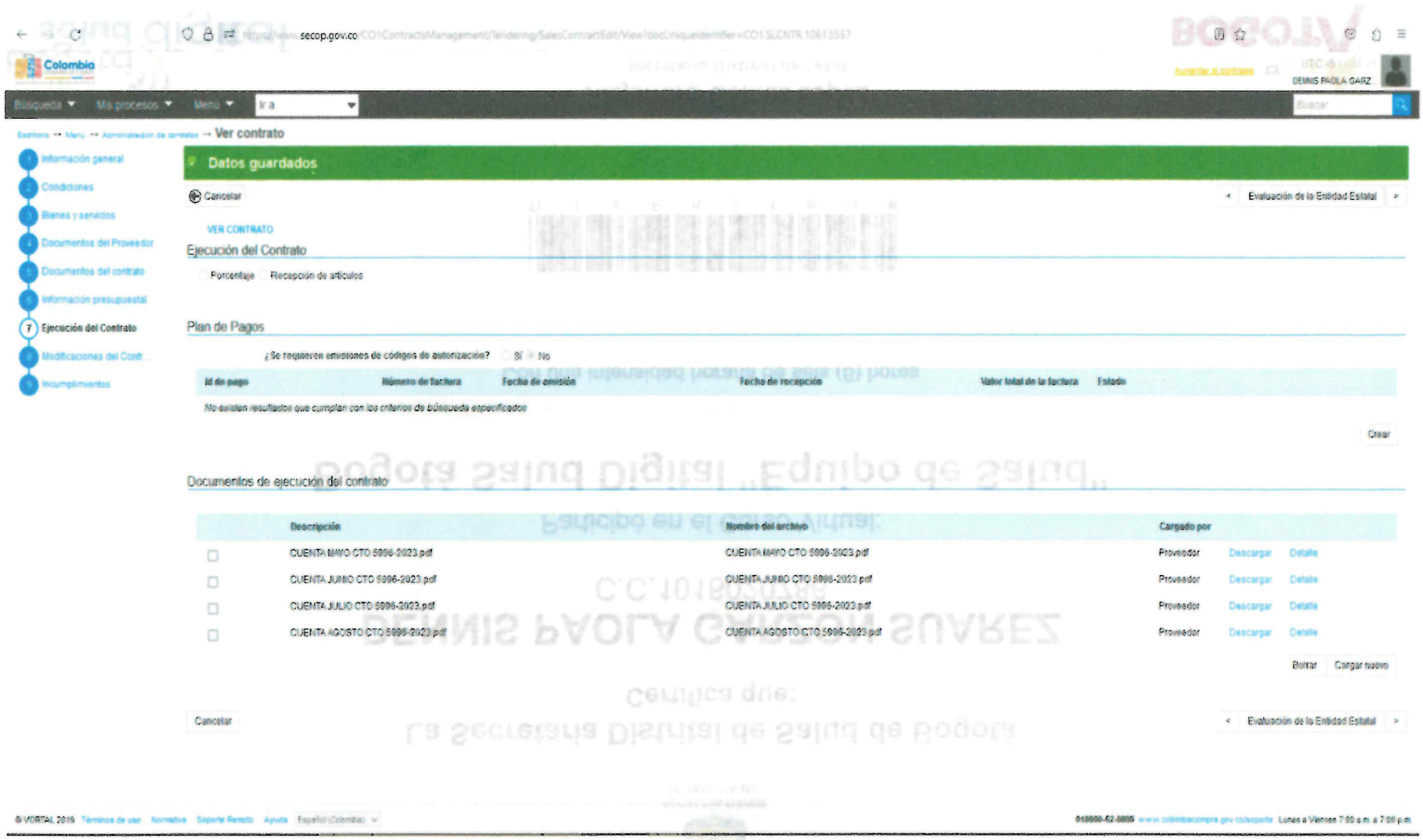
Valor pagado: $ 608,900.00

Producto: *******7491

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com


secop.gov.co
Colombia
DENNIS PAOLA GARZ
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Ver contrato
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contr...
Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Sí
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA MAYO CTO 5996-2023.pdf
CUENTA JUNIO CTO 5996-2023.pdf
CUENTA JULIO CTO 5996-2023.pdf
CUENTA AGOSTO CTO 5996-2023.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© VORTAL 2015
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0805
www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Certifica que:

DENNIS PAOLA GARZON SUAREZ

C.C.1016020786

Participó en el Curso Virtual:

Bogotá Salud Digital "Equipo de Salud"

Con una intensidad horaria de seis (6) horas

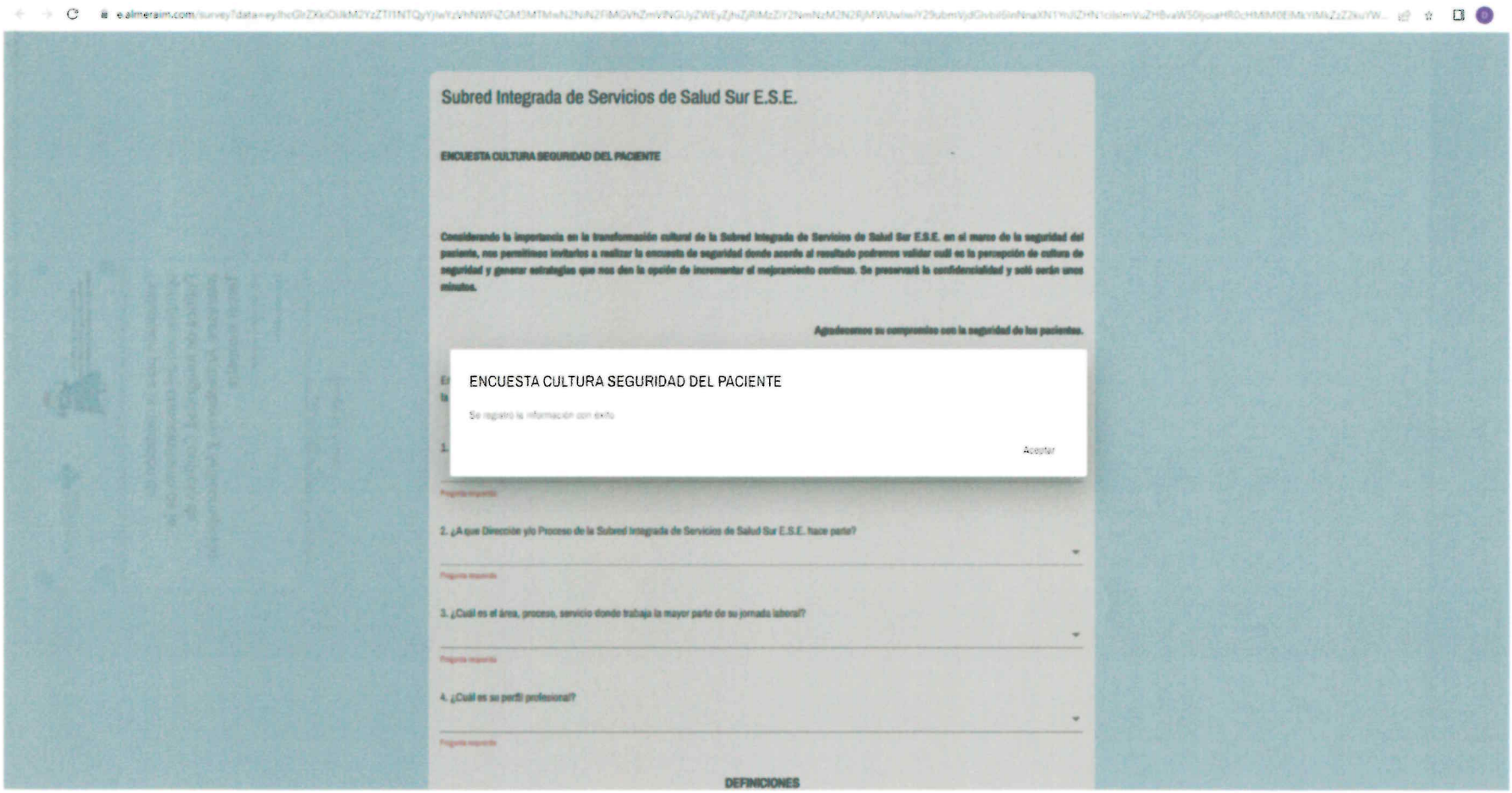
OTxFn2teHK

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

Bogotá salud digital
Rápido, fácil y seguro para todos

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"


Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Considerando la importancia en la transformación cultural de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en el marco de la seguridad del paciente, nos permitimos invitarlos a realizar la encuesta de seguridad donde acorde al resultado podremos validar cuál 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 solo serán unos minutos.
Agradecemos su compromiso con la seguridad de los pacientes.
ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Se registró la información con éxito
Aceptar
2. ¿A que Dirección y/o Proceso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. hace parte?
3. ¿Cuál es el área, proceso, servicio donde trabaja la mayor parte de su jornada laboral?
4. ¿Cuál es su perfil profesional?
DEFINICIONES



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

Google Formularios