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:**	2023-10-01	**Hasta:**	2023-10-31	
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	$4512780	97.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4512780**	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS OCHENTAPESOS**		

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
5	SEPTIEMBRE	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 26901183**	**$ 22288119**	**$ 4613064**

	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 valoración 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 información 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	-psi-coeducación 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 a comités programados .	- firma en acta correspondiente.
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-asistencia a comités programados .	-Firma en acta correspondiente.
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

© Siasur - 2023

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 Secretaría 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.	-diligenciamiento de información correspondiente.	-bases de datos
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-asistencia a espacios programados.	-diligenciamiento de soportes.
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.	-entrega de productos en los tiempos establecidos.	-bases de datos , diligenciamiento de aplicativos.

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**	71322181		
2023	**SEPTIEMBRE**	**2023**	**10**	**12**			
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	$ 295400
Salud		COMPENSAR		$ 230653	$ 230700
ARL	3	SURA		$ 44950	$ 45000
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 535521**	$ 571100

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	05504884201224 64

GREISCY JULIETH GALEANO TOVAR
1024514821

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2023

12:31
WhatsApp

Salud aMiBarrio Salud aMiVereda

Identificación horarios de atención en los territorios EAC

Se ha registrado tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. Notificar uso inadecuado - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

AA docs.google.com

☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5970 - 2023 .pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5970 - 2023 .pdf	Supplier	download	Detail

Quitar seleccionado | Subir nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Inglés 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 12:24:13
GREISCY GALEANO

Gerente de clier | Gerente de ven | Opciones | Yo quiero ...

Buscar...

Área de trabajo → Administrador de configuración → Gestión de contratos de ventas → **Ver contrato**

1 Información general
2 Condiciones
3 Artículos del catálogo
4 Documentos de atestación
5 Documento de contrato
6 Información de presupuesto
7 Ejecución del contrato
8 Versiones de contrato
9 Incumplimientos

¡Contrato de ventas guardado exitosamente!

Cancelar | Paso anterior | Evaluación del comprador | Próximo paso

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

Porcentaje ArtículoRecepción

Factura de contrato

¿Se necesita autorización de registro? Sí No

ID de pago	Número de factura	Fecha de asunto	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No se encontraron artículos...

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Description	File Name	Uploaded by		
☐	CUENTA ABRIL CTO - 7336- 2022. pdf.pdf	CUENTA ABRIL CTO - 7336- 2022. pdf.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA MAYO CTO 5970-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5970-2023.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA JUNIO CTO 5970-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5970-2023.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA JULIO CTO 5970-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5970-2023.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5970 - 2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5970 - 2023.pdf	Supplier	download	Detail

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
214638317

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
11/10/2023

Número de aprobación
00638317

Dirección IP
179.51.102.4

Valor transacción
$ 612.600,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
179.51.102.2	CC	1024514821

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

DAVIVIENDA

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 49 B No. 73 A - 23 SUR	3242831085	greiscygaleano15@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-09	2023-09	1	12/10/2023	71322181	TOTAL A PAGAR	
					$612.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colocación	Tarifa	Extranjero	Cotiza en exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIAS COTIZADOS	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	66	0																			30	230501	1.845.447	256.300	0	0	0	0	EPS005	1.845.447	230.700	14-11	1.845.447	3	46.300	CCF24	1.845.447	37.000	0	0	0	3	2

PAGADA

Este documento está clasificado como 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	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024514821	GREISCY JULIETH GALEANO TOVAR		CARRERA 48 B No. 73 A - 23 SUR	3242831588	greiscygaleano98@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, 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	
2023-09	2023-09	1	12/10/2023	71322181	$612.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	230.700	0		0		0	7	1.700	0	232.400	1

TOTALES PENSION

Codigo 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	295.300	0	0	0	0	7	2.220	0	297.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo 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	830903790-5	45.000				45.000	7	400	45.400			450	45.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.050	7	300	37.300	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	230.700	232.400
Pensión	1	295.300	297.500
Riesgos Laborales	1	45.000	45.400
CCF	1	37.000	37.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	608.000	612.600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información