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:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30	
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
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 9125844	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 6618744	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 7220448	609

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 9226128	873

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 3860934
2	JUNIO	$ 4587993
3	JULIO	$ 4613064
4	AGOSTO	$ 4613064
5	SEPTIEMBRE	$ 4613064
6	OCTUBRE	$ 4512780
7	NOVIEMBRE	$ 4613064
8	DICIEMBRE	$ 4613064
9	ENERO	$ 4613064
10	FEBRERO	$ 4613064
11	MARZO	$ 4613064
12	ABRIL	$ 4613064

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4613064	**$ 59092347**	**$ 54479283**	**$ 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	-Valoración inicial para captura de información inicial	-verificación base de datos y agendamiento de visitas para valoración y formatos 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

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	-Acta de asistencia	-Acta de asistencia
9	9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	-Acta de asistencia	-Acta 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
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.	-Entregar soportes y bases de datos en los tiempos establecidos.	-bases de datos , diligenciamiento de historia clínica y aplicativo.
14	14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatra.	-no se realizo	-no se realizo.
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.	--Entregar soportes y bases de datos en los tiempos establecidos.	-Entrega de productos en los tiempos establecidos y con calidad del dato.

© Siasur - 2024

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 4613064
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	75510986	-		
2024	MARZO	2024	04	10				
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	**$ 296900**
Salud		COMPENSAR		$ 230653	**$ 231900**
ARL	3	SURA		$ 44950	**$ 45300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 535521**	**$ 574100**

INFORMACIÓN DE PAGO

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

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GREISCY JULIETH GALEANO TOVAR	2024-04-24 19:45:24
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-04-26 12:27:55
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-04-26 16:30:34
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-05-15 12:36:08

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

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	1024514821-0	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.		NO

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	
2024-03	2024-03	I	10/04/2024	75510986	$611.300	

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	230.700	0		0		0	6	1.200	0	231.900	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	295.300	0	0	0	0	6	1.600	0	296.900	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	45.000				45.000	6	300	45.300			450	45.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.000	6	200	37.200	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	230.700	231.900
Pensión	1	295.300	296.900
Riesgos Laborales	1	45.000	45.300
CCF	1	37.000	37.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	608.000	611.300

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	TELÉFONO	CORREO
CC	1024514821-0	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.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

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	
2024-03	2024-03	I	10/04/2024	75510986	$611.300	

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	Estornado	ING	RET	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	295.300	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

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
566366296

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
09/04/2024

Número de aprobación
00366296

Dirección IP
179.51.102.11

Valor transacción
$ 611.300,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
179.51.102.7	CC	1024514821

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

colaboradores (entendiendo por servidores a funcionarios de planta y colaboradores a contratistas) del Distrito Capital para aportar al fortalecimiento institucional de la participación ciudadana, el diálogo y la confianza entre la ciudadanía y las entidades distritales. La información que nos suministres es anónima y

Información

Encuesta de percepción sobre participación ciudadana y control social dirigida a servidores y colaboradores públicos en el Distrito Capital - 1 enviado correctamente

OK

5

- Entre uno a tres años
- Entre tres y siete años
- Más de siete años

*** 2. Entidad en la que trabajas:**

...

*** 3. Tus funciones u obligaciones están enmarcadas en un proceso:**

- Misional
- Apoyo

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

vjcr0xBHrU

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

GREISCY JULIETH GALEANO TOVAR

1024514821

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SARLAFT LA/FT-SICOF -PTEE

40 horas

GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLÓN
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
Oficial de Cumplimiento Principal SARLAF LA/FT- SICOF -PTEE

El presente se otorga el: abril 20, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 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 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
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5970 - 2023 .pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5970 - 2023 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5970- 2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5970- 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRECTO 5970-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRECTO 5970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 5970-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 5970-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 5970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 5970-2023.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 5970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE MARZO CTO 5970-2023. pdf.pdf	CUENTA DE MARZO CTO 5970-2023. pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >