ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-Jun-21	Hasta:	30-Jun-21			
Nombre del Contratista:	LIZ JOHANNA NIETO PINZON		Cédula:	52953062			
Correo Electrónico:	ohana1224@hotmail.com		Teléfono(s):	3114618068			
Nombre del Supervisor - Planta:	MARIA COSTANZA SIACHOQUE VALENCIA		Cargo:	ODONTOLOGO	Codigo-Grado:	214-27	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:	ALEXANDER MERCHAN CEPEDA		Cargo:	REFERENTE SALUD ORAL	Código-Grado:	214-27	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	1636-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL - HIGIENISTA ORAL				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION AMBULATORIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS SIERRA MORENA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Ocultar							
ODONTOLOGIA GENERAL - USS SIERRA MORENA		SIERRA MORENA	E01VK	186		$ 8.150	$ 1.515.900	100,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar						$ -	0,00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC								
RURALIDAD	Mostrar						$ -	0,00%
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.515.900	UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
	2021-02-01	2021-04-30			72	2	Febrero	$ 1.515.900
						3	Marzo	$ 1.515.900
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 3.031.800	960	4	Abril	$ 1.515.900
						5	MAYO	$ 1.515.900
						6	JUNIO	$ 1.515.900
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.547.700	$ 7.579.500	$ 7.579.500	$ -

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar Servicios de Salud (higienista oral(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes	Realizar actividades de educacion en salud oral a los pacientes para tener una buena higiene.	HISTORIA CLINICA
2	Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	Realizar detartrajes ,fluorizacion y control de placa bacteriana según requiera el paciente.	HISTORIA CLINICA
3	Registrar en la historia clinica la informaciòn de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demàs criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya)	Diligenciar historia clinica con las actividades realizadas y recomendaciones .	HISTORIA CLINICA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

4	Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guias, procedimientos de salud oral y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Cumplir con las normas y procedimientos realizando consentimientos informados	DINAMICA GENERAL
5	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	cumplimiento de rutas de atendon en salud según modelo indicado según lo indique la Institucion .	DEMANDA INDUCIDA
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Mantener el consultorio odontologico habilitado y debidamente desinfectado,lavado de instrumental y empacado .	FORMATOS DE ESTERILIZACION , LIMPIEZA DESINFECCION
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.515.900
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	5	2021	06	16	8350924953		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR EPS		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	ARL SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO	NINGUNA		$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870387851

LIZ JOHANNA NIETO PINZON
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.953.062
CC. NO. CONTRATISTA

MARIA COSTANZA SIACHOQUE VALENCIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
ODONTOLOGO

ALEXANDER MERCHAN CEPEDA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTE SALUD ORAL

2021-02-12

Señor(es): LIZ JHOANNA NIETO PINZON
Nit: CC 52953062
Dirección: CALLE 75B 1 D ESTE 26 SUR
Teléfono: 6111111 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	LIZ JHOANNA NIETO PINZO
Tipo y número de identificación	52953062
Número de radicación planilla	8350924953
Fecha de pago	6/16/2021
Número de autorización de pago	31535005
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Mayo 2021
Periodo cotización pensión	Mayo 2021
Periodo cotización caja	Mayo 2021
Número de administradoras	4
Total Pagado	$299,400
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$22,200	1
230301	Porvenir	$145,400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fiar	$18,200	1
EPS008	Compensar EPS	$113,600	1

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