ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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-ago.-21	Hasta:	31-ago.-21			
Nombre del Contratista:	DIANA MARCELA CONTRERAS CONTRERAS		Cédula:	52958205			
Correo Electrónico:	dianac2009@hotmail.com		Teléfono(s):	3202967855			
Nombre del Supervisor - Planta:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		Cargo:	DIR.SERVICIOS AMBULATORIOS	Codigo-Grado:	009- 05	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001637	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	HIGIENISTA ORAL				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	AMBULATORIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	CAPS BETANIA				

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 BETANIA		BETANIA	E01UH	186		$ 8.150	$ 1.515.900	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
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		
						2	Febrero	$ 1.515.900
						3	Marzo	$ 1.515.900
						4	Abril	$ 1.515.900
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 3.031.800	960	5	Mayo	$ 1.515.900
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 1.515.900	1578	6	Junio	$ 1.515.900
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 3.031.800	2032	7	Julio	$ 1.515.900
						8	Agosto	$ 1.515.900
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.547.700	$ 12.127.200	$ 10.611.300	$ 1.515.900

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 PERFIL (AUXILIAR DE ODONTOLOGIA)ACORDE CON LA LEX ARTIS, SEGÚN NECESIDAD DE LA SUBRED SUR E.S.E. DE ACUERDO ALOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES.	SE REALIZAN ACTIVIDADES ESTABLECIDAS PARA EL PERFIL DE AUXILIAR DE ODONTOLOGIA SEGÚN LA NECESIDAD DE LA SUBRED SUR E.S.E. DE ACUERDO ALOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES.	REALIZACION DE FORMATOS,DE ACTIVIDADES REALIZADAS
2	REALIZAR ACTIVIDADES DE INFORMACION, EDUCACION, COMUNICACIÓN ENCAMINADAS A PROMOVER Y PREVENIR LA ENFERMEDAD Y EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA	SE REALIZA PARTICIPACION DE TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y NO PROGRAMADAS PARA EL PARA EL CUMPLIMIENTO DE UNA ATENCION CON CALIDAD	REALIZACION DE FORMATOS,HOJAS DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES REALIZADAS

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

3	APOYAR EN EL REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA DE LA INFORMACIONDE LA INTERVENCION DEL PACIENTE,PLAN DE CUIDADOS, SIMULTANEA O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZACION CON INTEGRIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTIFICA (LOGICA, CLARA, COMPLETA) Y DEMAS CRITERIOS QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O ENTES COMPETENTES QUE REGULEN LA MATERIA (RESOLUCION 1995/1999,839/2017 NORMA QUE LA MODIFIQUE , SUSTITUYA).	CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADA E.S.E.	DILIGENCIAMIENTO EN DINAMICA
4	APOYAR LA ELABORACION, ACTUALIZACION DE FORMATOS, PROTOCOLOS, GUIAS, PROCEDIMIENTOS DE SALUD ORAL Y ADHERIRSE A LOS MISMOS GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD	APOYAR ALA SUBRED DE SERVICIOS INTREGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR ADMINITRATIVASSEGUN SU NECESIDAD	REGISTROS INSTITUCIONALES
5	APOYAR EN LA IDENTIFICACION, CARACTERIZACION,INSCRIPCION, MANEJO, SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE USUARIOS A LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCION EN SALUD, ASI COMO LA CONSOLIDACION DE INFORMACION PARA LA TRAZABILIDAD DE INDICADORES DE LA SALUD.	APOYAR ALA SUBRED DE SERVICIOS INTREGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR ADMINITRATIVAS Y ASISTENCIALES SEGÚN SU NECESIDAD	REGISTROS INSTITUCIONALES
6	OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES.	MANTENER EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO HABILITADO Y DEBIDAMENTE DESINFECTADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIO ODONTOLOGICO; LAVADO DE INSTRUMENTAL , SECADO , EMPACADO , CONTROL DE INSUMOS Y CUIDADO DE EQUIPOS ODONTOLOGICOS , ASISTIR AL PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA, BAJO LOS ESTANDARES DE CALIDAD Y NORMAS TECNICO CIENTIFICAS UNIVERSALMENTE ACEPTADAS	AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL Y PROGRAMACION POR PARTE DEL LIDER

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.515.900
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	7	2021	08	10	7804398701		

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		SANITAS		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870248418

DIANA MARCELA CONTRERAS CONTRERAS
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.958.205
CC. NO. CONTRATISTA

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRSERVICIOSAMBULATORIOS

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52958205
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA MARCELA CONTRERAS CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 66 SUR # 17 A 09	TELÉFONO:	7928969
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7804398701**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:	AÑO: 2021		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/08/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1089994108		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 145.400
SUBTOTAL:			1	**$ 145.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 113.600
SUBTOTAL:			1	**$ 113.600**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 18.200
SUBTOTAL:			1	**$ 18.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 22.200
SUBTOTAL:			1	**$ 22.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 299.400**

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

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		
☐	febrero 1637-2021 pdf	Informe febrero 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	DIANA MARCELA CONTRERAS CONTRERAS secop.pdf (Archivado)	DIANA MARCELA CONTRERAS CONTRERAS secop.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 1637-2021 pdf	INFORME MARZO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Abril 1637-2021 pdf	Abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Mayo 1637-2021 pdf	Informe Mayo Diana C .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Junio 1637-2021.pdf	Junio 1637-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Julio 1637-2021.pdf	Julio 1637-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle