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-oct-21	Hasta:	31-oct-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%
							$ -	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 SEGUN 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
						4	Abril	$ 1.515.900
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 3.031.800	960	5	MAYO	$ 1.515.900
						6	JUNIO	$ 1.515.900
2	2021-07-2021	2021-08-31	2	$ 1.515.900	1578	7	JULIO	$ 1.515.900
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 3.031.800	2032	8	AGOSTO	$ 1.515.900
						9	SEPTIEMBRE	$ 1.515.900
4	2021-11-01	2021-12-31	4	$ 3.031.800	2708	10	OCTUBRE	$ 1.515.900
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.547.700	$ 15.159.000	$ 13.643.100	$ 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 Salud (higienista oral(a)) acorde con la Ley 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 Garantía y Calidad (SOGC) y demas 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 comunitario	Realizar detartraje, fluorizacion y control de placa bacteriana segun requiera el paciente	HISTORIA CLINICA
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultánea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, coherencia, científica (lógica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y demas complementarios que regulen la materia (Resolucion 3100/2019, 839/2017 norma que la modifique, sustituya)	Diligenciar historia clinica con los actividades realizadas y recomendaciones	HISTORIA CLINICA

Escaneado con CamScanner

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.V5

4.	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, 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 establecidos, consentimientos informados	Diligencia General
5.	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y clasificación a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la respectivas de indicadores de la salud	Cumplimiento de rutas de atención en salud según modelo indicado según la subred y normativa	Diligencia Historia
6.	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Mantener el consultorio odontológico habilitado y adecuadamente desinfectado (incluida la instrumentación y amalgama	Formatos de esterilización - limpieza desinfección
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.510.900
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	9	2021	10	12	8353639732		
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS		UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS					

ITEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales no menor un salario mínimo)
PENSIONADO	NO	PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR EPS		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	ARL SURA		$ 22.100	$ 22.100
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 281.100	$ 281.100

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA	BANCO DAVIVIENDA S.A	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	487038785

Johanna Nieto P

LIZ JOHANNA NIETO PINZON

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

52.953.062

CC. NO. CONTRATISTA

Leontonia S

MARIA CONSTANZA SIACHOQUE VALENCIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR

ODONTOLOGO

ALEXANDER MERCHAN CEPEDA

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISION

REFERENTE SALUD ORAL

2021-02-12

Escaneado con CamScanner

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

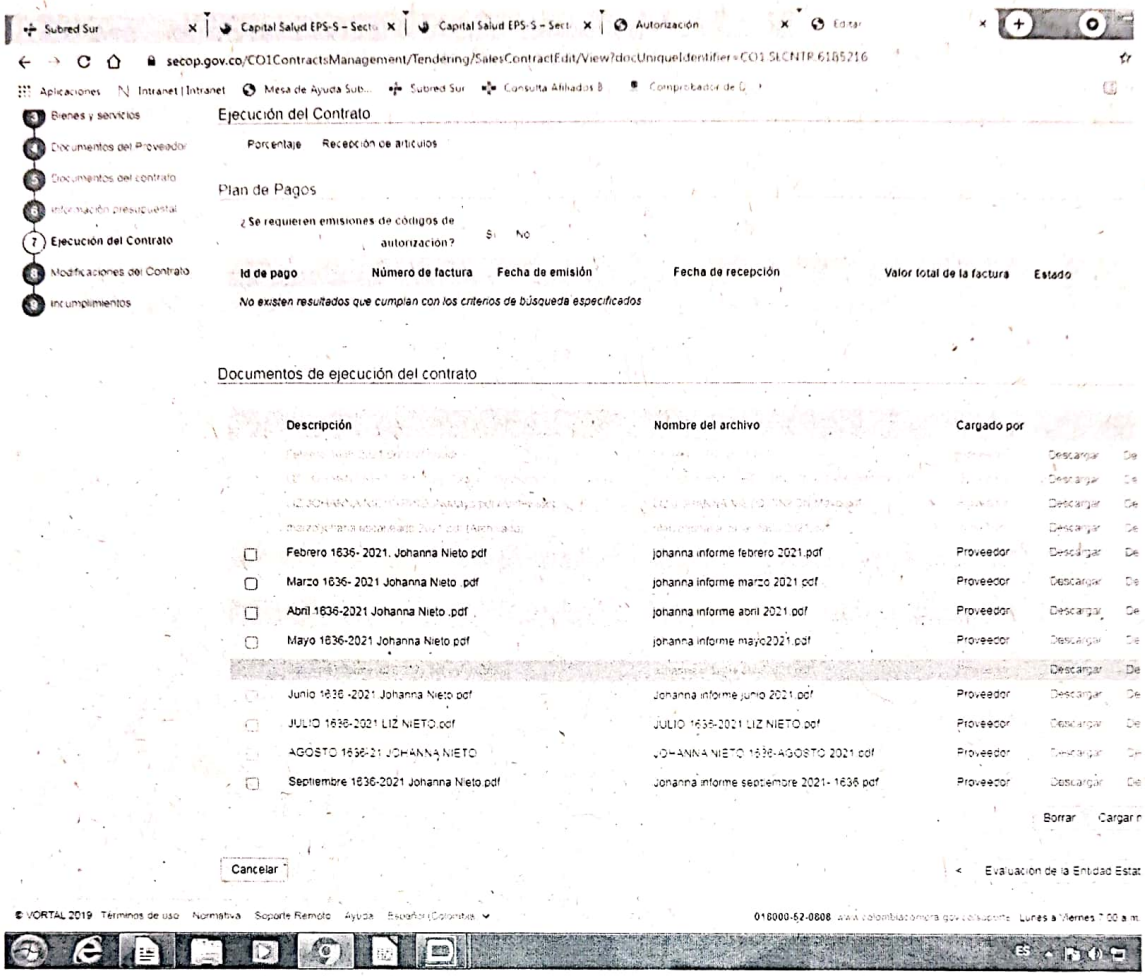
Nombre	LIZ JHOANNA NIETO PINZO
Tipo y numero de identificación	52953062
Numero de radicación planilla	8353639732
Fecha de pago	10/12/2021
Numero de autorización de pago	18071495
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Septiembre 2021
Periodo cotización pensión	Septiembre 2021
Periodo cotización caja	Septiembre 2021
Número de administradoras	4
Total Pagado	$299.400
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$22.200	1
230301	Porvenir	$145.400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$18.200	1
EPS008	Compensar EPS	$113.600	1

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

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner