

ALCALDIA 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 V8											
DATOS DEL INFORME															
Periodo a Certificar:	Desde:	01-dic-21	Hasta:	31-dic-21											
Nombre del Contratista:	OMAIRA MARTINEZ PINEDA		Cédula:	52460210											
Correo Electrónico:	mart210320@hotmail.es		Teléfono(s):	9214535874											
Nombre del Supervisor - Planta:	MARISOL VELANDIA PEDRAZA		Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Código-Grado:										
242-28															
DATOS DEL CONTRATO															
NO CONTRATO:	001607	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	72										
PERFIL:	HIGIENISTA ORAL														
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION AMBULATORIO														
UNIDAD DE SERVICIOS:	USS PARAISO														
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS															
SERVICIOS	UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS								
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Quitar														
ODONTOLOGIA GENERAL - USS PARAISO	PARAISO	EDIVO	186		\$ 8.150	\$ 1.515.900	100,00%								
						\$ -	0,00%								
						\$ -	0,00%								
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1.515.900		UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS												
EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO															
FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021			FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		30/04/2021								
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	COP	N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO	VALOR A PAGAR								
1	2021-05-01	31-06-2021	1	\$ 3.031.800	960	1	\$ 1.515.900								
2	2021-07-01	2021-08-31	2	\$ 1.515.900	1578	2	\$ 1.515.900								
3	2021-09-01	2021-10-31	3	\$ 3.031.800	2032	3	\$ 1.515.900								
4	2021-11-01	2021-12-31	4	\$ 3.031.800	2708	4	\$ 1.515.900								
5	2022-01-01	2022-01-31	5	\$ 1.515.900	3276	5	\$ 1.515.900								
						6	\$ 1.515.900								
						7	\$ 1.515.900								
						8	\$ 1.515.900								
						9	\$ 1.515.900								
						10	\$ 1.515.900								
						11	\$ 1.515.900								
						12	\$ 1.515.900								
						13	\$ 1.515.900								
<table border="1"> <tr> <td>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</td> <td>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</td> <td>PAGOS REALIZADOS</td> <td>SALDO DEL CONTRATO</td> </tr> <tr> <td>\$ 4.547.700</td> <td>\$ 16.674.900</td> <td>\$ 16.674.900</td> <td>\$ -</td> </tr> </table>								VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO	\$ 4.547.700	\$ 16.674.900	\$ 16.674.900	\$ -
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO												
\$ 4.547.700	\$ 16.674.900	\$ 16.674.900	\$ -												
EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO															
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION			PRODUCTO O EVIDENCIA										
1. PREPrestar servicios de perfil (HIGIENISTA ORAL) (4) ACORDE CON LA LEY ART.18. SEGUN NECESIDADES 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 DEMAS NORMAS CONCORDANTES.		REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC			FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO										
2. REALIZAR ACTIVIDADES DE INFORMACION, EDUCACION, COMUNICACION ENCAMINADAS A PROMOVER Y PREVENIR LA ENFERMEDAD Y EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA.		ATENCION A USUARIOS QUE REQUIEREN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA			REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES										
3. REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LA INFORMACION DE LA INTERVENCION AL PACIENTE, PLAN DE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL, SIMULTANEA O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZACION, CON INTEGRALIDAD SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTIFICA (LOGICA, CLARA, COMPLETA) Y DEMAS CRITERIOS QUE DEFINE EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O ENTES COMPETENTES QUE REGULA LA MATERIA (RESOLUCION 1995/1999.839/2017 NORMA QUE LA MODIFIQUE, SUSTITUYA).		REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC			FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO										
4. APOYAR LA ELABORACION, ACTUALIZACION DE FORMATOS, PROTOCOLOS, GUIAS, PROTOCOLOS DE SALUD ORAL Y ADHERIRSE A LOS MISMOS, INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL SENTIMIENTO INFORMADO EN LOS PERTINENTES GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD		N/A			N/A										
5. APOYAR EN LA IDENTIFICACION, CARACTERIZACION, INSCRIPCION, MANEJO, SEGUIMIENTOS Y CANALIZACION A USUARIOS A LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCION EN SALUD ASI COMO LA CONSOLIDACION DE INFORMACION PARA TRAZABILIDAD DE INDICADORES DE LA SALUD		REALIZACION DE PEDIDO MANEJO DE BODEGA DE INSUMOS Y KARDEX			FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO										
6. OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES		REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC			FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO										
INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL															
PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO		NUMERO DE PLANILLA		VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR									
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA			\$ 1.521.855								
2021	11	2021	12	06	54813436										
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS				UN MILLON QUINIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS											
ITEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL		INGRESO BASE DE COTIZACION		VALOR APORTADO									
PENSIONADO		NO		COLPENSIONES		\$ 145.400									
SALUD		NO		COMPENSAR		\$ 113.600									
ARL		3		SURA		\$ 22.200									
CAJA DE COMPENSACION		NO		COMPENSAR		\$ 281.200									
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO															
ENTIDAD BANCARIA:		BANCO DAVIVIENDA S.A.		TIPO CUENTA		AHORROS									
				NRO CUENTA		456370061875									
OMAIRA MARTINEZ PINEDA NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 52-460-210 CC. NO. CONTRATISTA				MARISOL VELANDIA PEDRAZA NOMBRE DEL SUPERVISOR PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD E											

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXHIBIDO PAQO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	5246210	OMARSA MARTINEZ PUNEIDA	CALLE 69 N 18 42 SUR	3214565974	HMART2103200@HOTMAIL.ES				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	1 - 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				
2021-11	2021-11	1	06/12/2021	54813436	TOTAL A PAGAR		\$281,200		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligación	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	113.600	0	0	0	0	0	1
					Días Mora		Valor Mora	Valor Mora UPC	
					Colización		0	0	
					Total a Pagar		113.600		

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligación	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Capensiones	90033604-7	145.400	0	0	0	0	0	0	0	145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES MENOS LABORALES																
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Aportar Otros Sistemas		Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidario	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas										
14-11	ARL SURA	890803780-5	22.200					22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CUAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

DATOS DE LA PLANILLA				
FECHA ASOCIADA	FECHA PAGOS ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			EMPLEADOS UVC
2021-11	2021-11	1	06412/2021	1 0
				TOTAL A PAGAR
				3261.200

[illegible]