| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2022-03-01 | Hasta: | 2022-03-31 | |
| Nombre del Contratista: | OMAIRA MARTINEZ PINEDA | | Número de Documento: | 52460210 | |
| Correo Electrónico: | mart2103200@hotmail.es | | Número Telefónico: | 3214535874 | |
| Nombre del Supervisor: | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | Cargo: | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | Código - Grado: | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. Contrato: | 1747-2022 | Año Contrato: | 2022 | CDP Contrato Inicial: | 426 |
| Perfil: | HIGIENISTA ORAL | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS PARAÍSO | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E01VJN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS MANUELA BELTRÁN | 186 | 0 | 8395 | $1561470 | 100% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 1561470 | UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTAPESOS | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2022-02-01 | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2022-04-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar | |
| 1 | FEBRERO | $ 1561470 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4684410 | $ 4684410 | $ 1561470 | $ 3122940 |

Escaneado con CamScanner

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1). Prestar servicios de perfil (higienista oral) 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. | -REALIZACION DE ACTIVIDAES 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 QUE APLICA PARA ESTE PROCESO |
| 2 | 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. | -ATENCION A USUARIOS QUE REQUIEREN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA | -RESGISTRO DE FORMATOS ENTREGADO A LOS PACIENTES |
| 3 | 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). | -REALIZACION DE ACTIVIDAES 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 QUE APLICA ESTE PROCESO |
| 4 | 4). Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guìas, 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. | N/A | -N/A |
| 5 | 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. | -REALIZACION DE PEDIDO MANEJO DE BODEGA DE INSUMOS Y KARDEX | -FORMATO DE LA SUBRED QUE APLICA PARA ESTE PROCESO |
| 6 | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -REALIZACION DE ACTIVIDAES 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 QUE APLICA PARA ESTE PROCESO |

Escaneado con CamScanner

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur — Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2022

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 1561470 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 56870717 | | |
| 2022 | FEBRERO | 2022 | 03 | 09 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTAPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1000000 | $ 160000 | $ 160000 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 125000 | $ 125000 |
| ARL | 1 | SURA | | $ 24360 | $ 24400 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 290220 | $ 309400 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 456370061875 |
|---|---|---|---|---|---|

OMAIRA MARTINEZ PINEDA
52460210

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS



Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG. 1 de 1

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCION | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52[illegible]210 | DIANA MARTINEZ PINEDA | | CALLE 83 N 19 83 SUR | 32[illegible]574 | [illegible]@HOTMAIL.ES | |
| FORMA PRESENTACION | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 1 - [illegible] | | | BOGOTA D.C. | BOGOTA D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO PLANILLA ASOCIADA (DD/MM/AAAA) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DD/MM/AAAA) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | MPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2021-07 | 2021-07 | 1 | [illegible] | [illegible] | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $[illegible] | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencias Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotizantes | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorizacion | Valor | No. Autorizacion | Valor | | | | | |
| EPS048 | Compensar EPS | 8[illegible]7 | 175.030 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | $[illegible] | 1 |

| TOTALES PENSION | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotizantes | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-11 | Colpensiones A | [illegible] | [illegible] | 0 | 0 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Mora Cotizacion | Dias Mora | Valor Mora Cotizacion | Subtotal Cotizacion | No. Afiliados Sobre a Pagar | Valor Sobre a Pagar | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorizacion | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | [illegible] ARL SURA | 8[illegible]6 | $ 24.408 | [illegible] | [illegible] | | $ [illegible] | 0 | $ [illegible] | $ 24.408 | [illegible] | [illegible] | $ [illegible] | $ [illegible] | [illegible] |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Dias 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 Administradores | No. Administradoras Reportadas | Valor Cotiza en ICBF, SENA, ESAP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | $ [illegible] | $ [illegible] |
| Pensión | 1 | $ [illegible] | $ [illegible] |
| Riesgos Laborales | 1 | $ 24.408 | $ 24.408 |
| CCF | 0 | $ 0 | $ 0 |
| ESAP | 0 | $ 0 | $ 0 |
| ICBF | 0 | $ 0 | $ 0 |
| MEN | 0 | $ 0 | $ 0 |
| SENA | 0 | $ 0 | $ 0 |
| TOTALES | 3 | $ [illegible] | $ [illegible] |

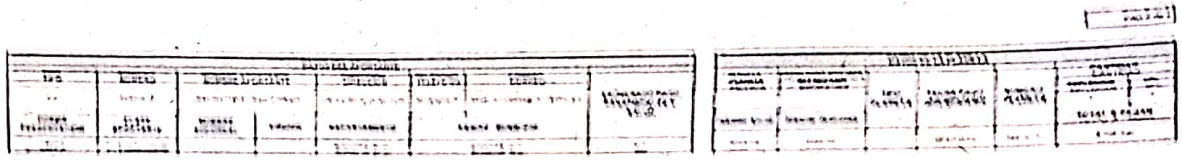
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

compensar.miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



ETALLE POR COTIZANTE

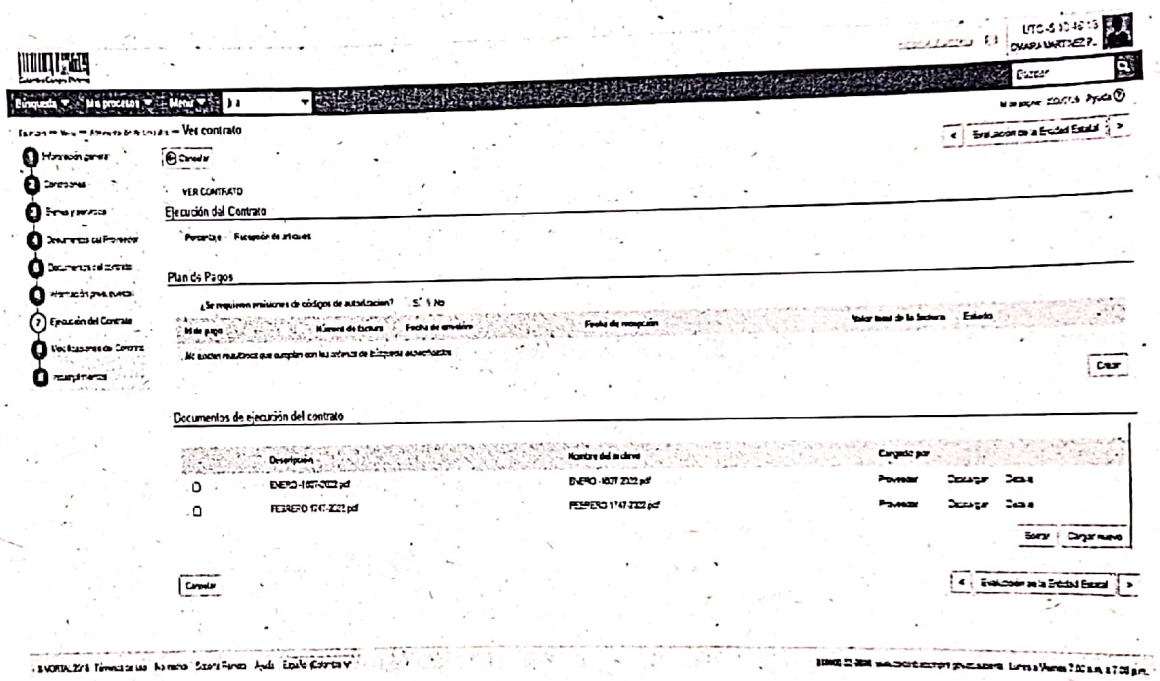


PAGADA

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

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner




Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner