Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-08-01	**Hasta:**	2022-08-31	
Nombre del Contratista:	OMAIRA MARTINEZ PINEDA		**Número de Documento:**	52460210	
Correo Electrónico:	mart2103200@hotmail.es		**Número Telefónico:**	3214545824	
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
PDIVSN	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. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-04-01	2022-07-31	1	$ 3122940	1146
2	2022-07-01	2022-09-30	2	$ 3122940	1958
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		FEBRERO		$ 1561470	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 1561470
3	ABRIL	$ 1561470
4	MAYO	$ 1561470
5	JUNIO	$ 1561470
6	JULIO	$ 1561470

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4684410	$ 10930290	$ 9368820	$ 1561470

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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás 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 SUR 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	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al momento, plan de cuidados de salud oral, simultáneo o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección 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 SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
4	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.	-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 sostenibilidad 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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-REALIZACION DE PEDIDO MANEJO DE BODEGA DE INSUMOS Y KARDEX	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO

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	60440147		
2022	JULIO	2022	08	08			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTAPESOS		

Item		Entidades Apurtantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Apurtes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1000000	$ 160000	$ 160700
Salud		COMPENSAR		$ 125000	$ 125600
ARL	S	SURA		$ 24360	$ 24600
Caja de Compensación	NO		Total	$ 2902230	$ 3109900

INFORMACIÓN DE PAGO

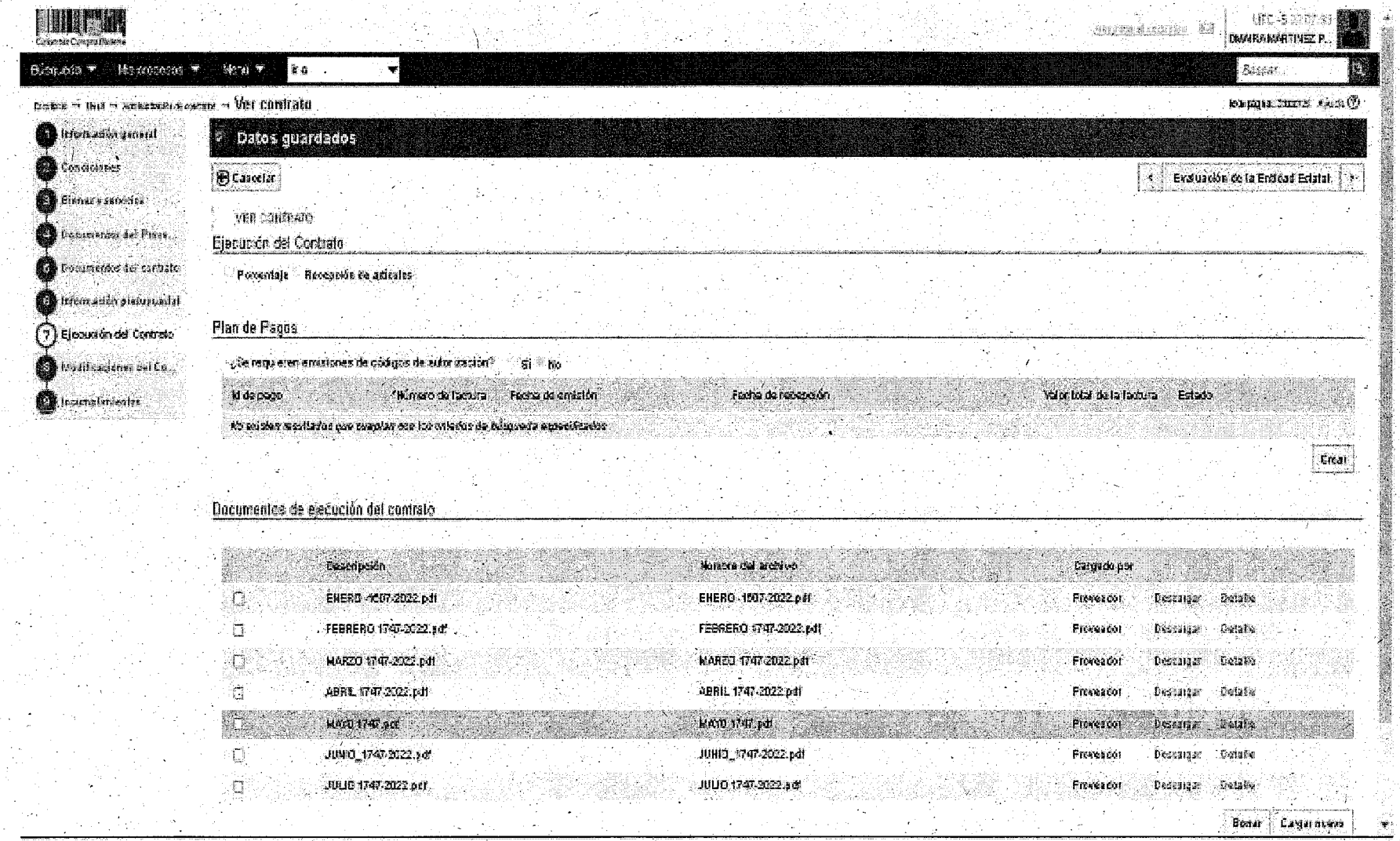
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	456270051875

OMAIRA MARTINEZ PINEDA
52460210

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Gloria Maritza Pinilla Pinilla
Profesional de Enlace
CDS Meissen Bolívar

Escaneado con CamScanner


Buscador
Mis procesos
Menú
Buscar
Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Pliego
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Co...
9 Incumplimientos
Datos guardados
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?
Si
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
ENERO 1507-2022.pdf
ENERO 1507-2022.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
FEBRERO 1747-2022.pdf
FEBRERO 1747-2022.pdf
MARZO 1747-2022.pdf
MARZO 1747-2022.pdf
ABRIL 1747-2022.pdf
ABRIL 1747-2022.pdf
MAYO 1747.pdf
MAYO 1747.pdf
JUNIO_1747-2022.pdf
JUNIO_1747-2022.pdf
JULIO 1747-2022.pdf
JULIO 1747-2022.pdf
Borrar
Cargar nuevo

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52450310	CHIARA MARTINEZ PINEDA		CALLE 65 H 18 42 SUR	3214555674	MARTZ1033@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	
2022-07	2022-07	1	08/08/2022	00000247	$310.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPSC08	Compensar EPS	860066942-7	125.000	0		$		0	5	000	0	125.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	180.000	0	0	0	0	5	700	0	180.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-1	ARL SURA	800362760-6	24.400				24.400	5	200	24.600			244	24.600	1

TOTALES CAJAS						
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, INP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.000
Pensión	1	180.000	180.700
Riesgos Laborales	1	24.400	24.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	310.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52450210	CHAIRA MARTINEZ PINEDA	CALLE 66 N 13 42 SUR	3214558874	MARTZIG13CC@HOTMAIL.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SOCOTÁ, 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	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	00000547	$310.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES					APORTES					PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Días Cot.	Horas	Extranjero no obligado a cotizar pensión	Colombiano en el exterior	Traslado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días Incap.	Días Mat/Pat	Días Vac/LR	Cód. AFP	IBC AFP	Cot. Obligatoria	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensiones de solidaridad	Fondo pensiones de subsistencia	Cód. EPS	IBC SGSS	Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Cód. CCF	IBC CCF	Aporte CCF	TBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52450210	MARTINEZ PINEDA CHAIRA	30	0			N																				23 %	1.800.000	180.000	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	125.050	14-01	1.800.000	3	24.480		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Omaira

Apellidos: Martinez Pineda

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cual

No. 52.460.210

Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 03 Año 1980

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
COVID-19	1	2021 AGO 18	PFIZER	FC1004	Sukel SAS	Eliana Torres C.C. 52.[illegible] 617	
	2						

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

rD8SmAFHBE

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

OMAIRA MARTINEZ PINEDA

52460210

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso de Tecnovigilancia.

Para constancia se expide

agosto 17, 2022

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner