| 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:** | 2022-09-01 | **Hasta:** | 2022-09-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | DIANA MARCELA CONTRERAS | | **Número de Documento:** | 52958205 | |
| **Correo Electrónico:** | dianac2009@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3202967855 | |
| **Nombre del Supervisor:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | **Cargo:** | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1769-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 426 |
| **Perfil:** | HIGIENISTA ORAL | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS BETANIA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E01UH | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS BETANIA | 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 |
| 3 | 2022-08-01 | 2022-09-30 | 3 | $ 1561470 | 2318 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1561470 |
| 2 | MARZO | $ 1561470 |
| 3 | ABRIL | $ 1561470 |
| 4 | MAYO | $ 1561470 |
| 5 | JUNIO | $ 1561470 |
| 6 | JULIO | $ 1561470 |
| 7 | AGOSTO | $ 1561470 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 4684410** | **$ 12491760** | **$ 10930290** | **$ 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, segùn 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. | 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 | 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. | 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. |
| 3 | 3). Registrar en la historia clínica 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). | CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADA E.S.E. | DILIGENCIAMIENTO EN DINAMICA. |
| 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. | APOYAR ALA SUBRED DE SERVICIOS INTREGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR ADMINITRATIVASSEGUN SU NECESIDAD | REGISTROS INSTITUCIONALES |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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. | 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 | 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 ODONTOLOGÍA, BAJO LOS ESTANDARES DE CALIDAD Y NORMAS TECNICO CIENTIFICAS UNIVERSALMENTE ACEPTADAS " | AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL Y PROGRAMACION POR PARTE DEL LIDER. |

## 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 | 7848322573 | | |
| 2022 | AGOSTO | 2022 | 09 | 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 | $ 161100 |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 125000 | $ 125800 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 24360 | $ 24600 |
| Caja de Compensación | SI | COMPENSAR | **Total** | **$ 290220** | $ 311500 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870248418 |
|---|---|---|---|---|---|

**DIANA MARCELA CONTRERAS**
**52958205**

**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**
**DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**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 86 SUR # 17 A 09 | TELÉFONO: | 7928969 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 7848322573 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | agosto AÑO 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES agosto | AÑO 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | 7 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/09/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1646335288 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 160,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1,100 | $ 0 | $ 160,000 | $ 1,100 | $ 161,100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 160,000** | **$ 1,100** | **$ 161,100** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125,000 | $ 0 | $ 800 | $ 0 | $ 125,000 | $ 800 | $ 0 | $ 125,800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 125,000** | **$ 800** | **$ 0** | **$ 125,800** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 24,400 | $ 24,400 | $ 200 | $ 0 | $ 24,600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 24,400** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 24,600** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 20,000 | $ 200 | $ 20,200 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 20,000** | **$ 200** | **$ 20,200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52958205 | CONTRERAS CONTRERAS DIANA MARCELA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1,000,000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1,000,000 | $ 160,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 160,000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1,000,000 | $ 125,000 | $ 0 | $ 125,000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,000,000 | 52958205 | $ 24,400 | 30 | $ 1,000,000 | SCCF24-COMPENSAR | $ 20,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 331,700 |
|---|---|

Planilla Pagada

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

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? 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 1769-2022.pdf | Febrero 1769-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Marzo_1769-2022.pdf | Marzo_1769-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL_1769-2022.pdf | ABRIL_1769-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | [illegible] 1769-2022.pdf | MAYO 1769-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | [illegible]_1769-2022.pdf | JUNIO_1769-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | [illegible]_1769-2022.pdf | JULIO_1769-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | [illegible]O 1769-2022.pdf | AGOSTO 1769-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

bBOU9UFd3f

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

DIANA MARCELA CONTRERAS 0

52958205

## Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso de Los Ejes de Acreditación y su importancia en un Hospital Universitario.

Para constancia se expide

septiembre 20, 2022

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

BOGOTÁ