| 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:** | 2022-11-01 | **Hasta:** | 2022-11-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | ANA YUDIRA VALDES TIMOTE | | **Número de Documento:** | 52857798 | |
| **Correo Electrónico:** | yudival1982@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3208818640 | |
| **Nombre del Supervisor:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | **Cargo:** | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1761-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 426 |
| **Perfil:** | HIGIENISTA ORAL | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS VISTA HERMOSA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E01VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS VISTA HERMOSA | 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 |
| 4 | 2022-10-01 | 2022-10-31 | 4 | $ 1561470 | 2795 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 2022-11-01 | 2022-12-31 | 5 | $ 1561470 | 3285 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1561470 |
| 2 | MARZO | $ 1561470 |
| 3 | ABRIL | $ 1561470 |
| 4 | MAYO | $ 1561470 |
| 5 | JUNIO | $ 1561470 |
| 6 | JULIO | $ 1561470 |
| 7 | AGOSTO | $ 1561470 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1561470 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1561470 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 4684410** | **$ 15614700** | **$ 14053230** | **$ 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. | REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION. | FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLIA 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 REQUEIRAN SERVICIOS DE ODONTOLOGIA_ | -REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES |
| 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). | -DILIGENCIAMIENTO DEL ODONTOGRAMA QUE REQUIERE EL PROFESIONAL | -HISTORIA CLINICA |


***© Siasur - 2022***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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. | -BRINDANDO A LOS PACIENTES INFORMACION PARA LA ATENCION DEL SERVICIO Y DIRECCIONANDO A LOS DEMAS SERVICIOS PARA UNA ATENCION INTEGRAL. | -REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES |
| 6 | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan 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. | -FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLIA PARA ESTE PROCESO |


***© 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 | 8363196423 | | |
| 2022 | OCTUBRE | 2022 | 11 | 10 | | | |
| 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 | 3 | 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 | 004870452648 |
|---|---|---|---|---|---|

Anayudira Valdes T

**ANA YUDIRA VALDES TIMOTE**
**52857798**

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE
**No. Identificación:** CC52857798
**Dirección:** CALLE 62 SUR NO 32 - 25
**Telefono:** 7180127
**Correo:** yudival1982@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8363196423

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE |
| **Tipo y número de identificación** | CC52857798 |
| **Número de planilla** | 8363196423 |
| **Fecha pago** | 2022-11-10 |
| **Número de autorización pago** | 63196423 |
| **Banco** | 1052 |

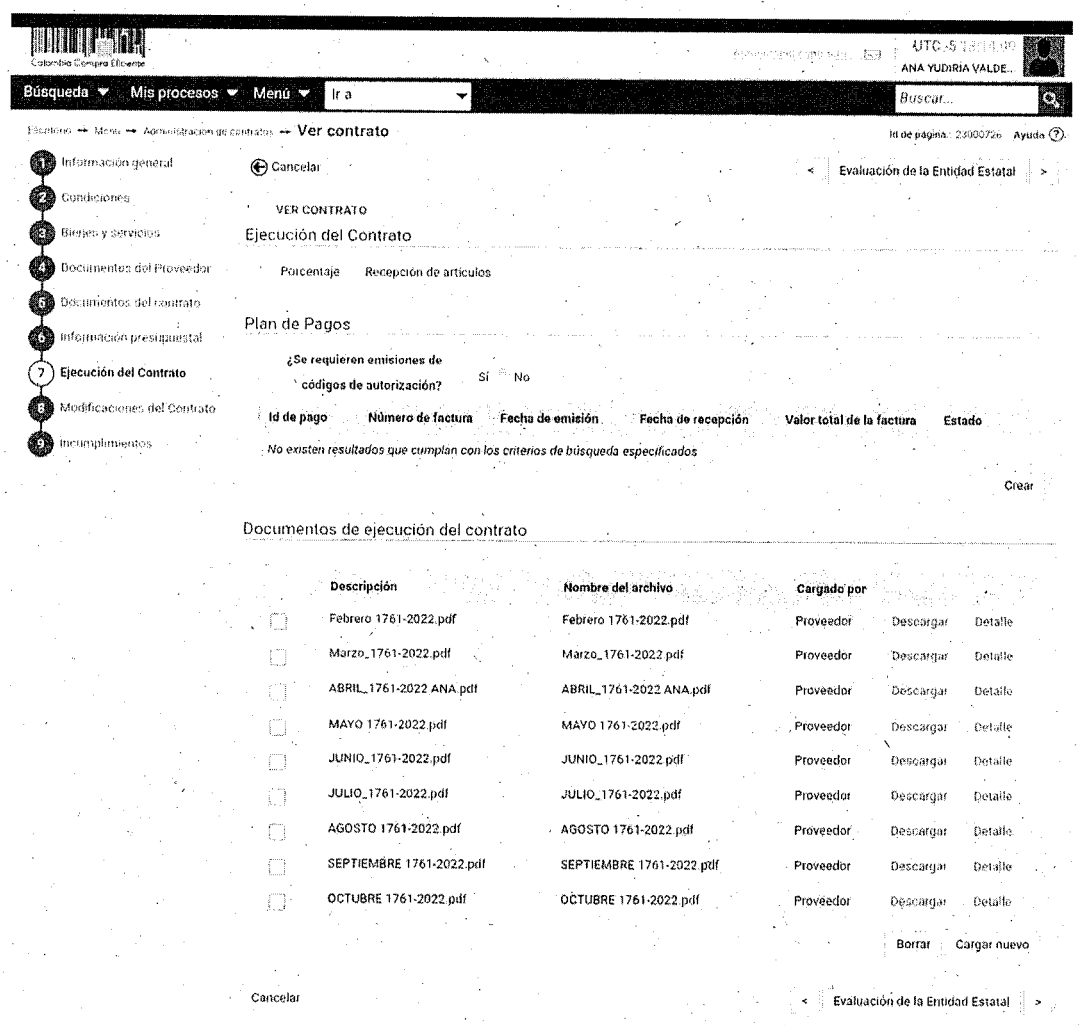
| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2022 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2022 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 309400 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 24400 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 160000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 125000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52857798
APELLIDOS Y NOMBRES: ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 1000000 | 1000000 | 1000000 | 0 | 125000 | 0 | 160000 | 0 | 24400 | 0 |

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



Colombia Compra Eficiente

ANA YUDIRIA VALDE..

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Inicio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

Id de página: 2300726 Ayuda

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

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 1761-2022.pdf | Febrero 1761-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Marzo_1761-2022.pdf | Marzo_1761-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL_1761-2022 ANA.pdf | ABRIL_1761-2022 ANA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO 1761-2022.pdf | MAYO 1761-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO_1761-2022.pdf | JUNIO_1761-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO_1761-2022.pdf | JULIO_1761-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO 1761-2022.pdf | AGOSTO 1761-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 1761-2022.pdf | SEPTIEMBRE 1761-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | OCTUBRE 1761-2022.pdf | OCTUBRE 1761-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

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

**ENCUESTA ADHERENCIA PLAN DE CONTINGENCIA SISTEMAS DE INFORMACION TIC**

Fecha

ENCUESTA ADHERENCIA PLAN DE CONTINGENCIA SISTEMAS DE INFORMACION TIC

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

1. ¿Usted identifica cuales son los eventos o emergencias para poder notificar al profesional de enlace, cuando se presente una interrupción sufrida en recursos informáticos?

- ◯ Si
- ◯ No

Pregunta requerida

2. ¿Usted sabe quién debe notificar al profesional de enlace y/o apoyo líder del proceso, cuando se presente un evento ante interrupciones sufridas en recursos informáticos?