	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-03-01	Hasta:	2023-03-31	
Nombre Contratista:	del	MELBA YOLANDA CONTRERAS CONTRERAS	Número de Documento:	52459458	
Correo Electrónico:	yolicon17@hotmail.com		Número Telefónico:	3214175614	
Nombre Supervisor:	del	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1271-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	505
Perfil:	TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL				
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
E01UH	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS BETANIA	186	0	8980	\$1670280	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1670280	UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS					

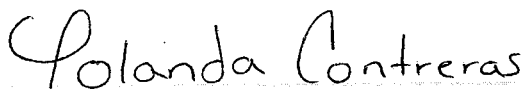
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 1670280	

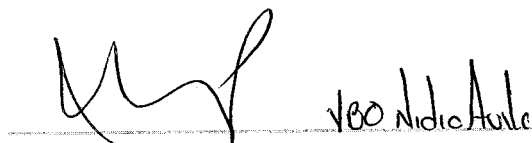
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6681120	\$ 6681120	\$ 1670280	\$ 5010840

2022

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	<p>1). Prestar servicios de perfil (técnico profesional en salud 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 (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.</p>	<p>-SE REALIZAN ACTIVIDADES ESTABLECIDAS PARA EL PERFIL DE AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA SEGÚN LA NECESIDAD DE LA SUBRED SUR E.S.E. DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES.</p>	- REALIZACIÓN DE FORMATOS, DE ACTIVIDADES REALIZADAS	- REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS	- REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS
2	<p>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.</p>	<p>-SE REALIZA PARTICIPACIÓN DE TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y NO PROGRAMADAS PARA EL PARA EL CUMPLIMIENTO DE UNA ATENCIÓN CON CALIDAD.</p>	- REALIZACIÓN DE FORMATOS, HOJAS DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES REALIZADAS	- REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS	- REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS
3	<p>3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultánea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que define el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique, sustituya).</p>	<p>-CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADA E.S.E.</p>	- DILIGENCIAMIENTO EN DINÁMICA	- REGISTROS INSTITUCIONALES	- REGISTROS INSTITUCIONALES
4	<p>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.</p>	<p>-APOYAR ALA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD A REALIZAR ADMINISTRATIVAS SEGUN SU NECESIDAD</p>	- REGISTROS INSTITUCIONALES	- REGISTROS INSTITUCIONALES	- REGISTROS INSTITUCIONALES
5	<p>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.</p>	<p>-APOYAR ALA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD A REALIZAR ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES SEGUN SU NECESIDAD</p>	- REGISTROS INSTITUCIONALES	- REGISTROS INSTITUCIONALES	- REGISTROS INSTITUCIONALES
6	<p>6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.</p>	<p>-MANTENER EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO HABILITADO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO ODONTOLÓGICO, LAVADO, SECADO, EMPACADO, CONTROL DE INSUMOS Y CUIDADO DE EQUIPOS ODONTOLÓGICOS, ASISTIR AL PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA, BAJO LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y NORMAS TÉCNICO CIENTÍFICAS UNIVERSALMENTE ACEPTADAS</p>	-AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL Y LIDER PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL	-AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL Y LIDER PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL	-AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL Y LIDER PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1052740918	\$ 1670280		
2023	FEBRERO	2023	03	13				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS			
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	\$ 185600
Salud				SÁNITAS			\$ 125000	\$ 145000
ARL				3			SURA	\$ 24360
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 290220	\$ 358900
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	477370055451	


 MELBA YOLANDA CONTRERAS CONTRERAS
 52459458


 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
 DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS



Referencia pago(PIN) 8822320280

Periodo Servicio 202302

PAGADA 2023-03-13 EN HORARIO EXTENDIDO

Razón Social	MEI BA YOLANDA CONTRERAS CONTRERAS
--------------	------------------------------------

II. DATOS DEL AFLIADO

III APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

IV. TOTALS[illegible]

