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:**	2023-04-01	**Hasta:**	2023-04-30	
Nombre del Contratista:	MARTHA CELINA ROJAS PULIDO		**Número de Documento:**	52359686	
Correo Electrónico:	marthar.edusubred12@gmail.com		**Número Telefónico:**	3106986867	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1902-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MARICHUELA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
E01UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MARICHUELA	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	
2	MARZO	$ 1311080	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO

$ 6681120	$ 6681120	$ 2981360	$ 3699760

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	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.	-REALIZACIÓN DE FORMATOS DE ACTIVIDADES REALIZADAS.
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 PARTICIPACIÓN DE TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y NO PROGRAMADAS PARA EL PARA EL CUMPLIMIENTO DE UNA ATENCIÓN CON CALIDAD	-AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultanea o inmediatamente después de su realizaciòn, 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 (Resolución 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique,sustituya).	-CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADA E.S.E.	-DILIGENCIAMIENTO EN DINÁMICA
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.	-4 APOYAR ALA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR ADMINISTRATIVAS SEGÚN SU NECESIDAD	-REGISTROS INSTITUCIONALES
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 INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES SEGÚN SU NECESIDAD	-REGISTROS INSTITUCIONALES
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-MANTENER EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO HABILITADO Y DEBIDAMENTE DESINFECTADO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO ODONTOLÓGICO, 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 TÉCNICO CIENTÍFICAS UNIVERSALMENTE ACEPTADAS	--AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL Y PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL LÍDER

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	$ 1311080
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8366953091		
2023	MARZO	2023	04	12			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON TRESCIENTOS ONCE MIL 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	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		SALUD TOTAL		$ 145000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	074861266

MARTHA CELINA ROJAS PULIDO
52359686

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

© Siasur - 2023

Colombia Compra Eficiente

Au

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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

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 recepci

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO MARTHA ROJAS.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO MARTHA ROJAS.pdf
☐	CUENTA DE COBRO1902 - 2023 MARZO MARTHA ROJAS.pdf	CUENTA DE COBRO1902 - 202 MARZO MARTHA ROJAS.pdf

Cancelar

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a):	MARTHA CELINA ROJAS PULIDO
No. Identificación:	CC52359686
Dirección:	CRR1DESTE3#38G-21SUR
Telefono:	3640847
Correo:	MARTHA.ROJAS12@HOTMAIL.COM
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8366953091

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA CELINA ROJAS PULIDO	**Número de Empleados**	
Tipo y número de identificación	CC52359686	**Periodo de Cotización Salud**	
Número de planilla	8366953091	**Periodo de Cotización Pensión**	
Fecha pago	2023-04-12	**Número de Administradoras**	
Número de autorización pago	1000000274	**Total Pagado**	
Banco	1001	**Total Intereses de Mora**	

PAGA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE
14-11	ARL SURA
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones
EPS002	Salud Total EPS

8366953

TIPO DOC · CC