| 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 | SIAS |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Período a Certificar: | Desde: | 2023-08-01 | Hasta: | 2023-08-31 | |
| Nombre del Contratista: | LIZ JOHANNA NIETO PINZON | | Número de Documento: | 52953062 | |
| Correo Electrónico: | ohane1224@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3114618068 | |
| Nombre del Supervisor: | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | Cargo: | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | Código - Grado: | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. Contrato: | 1280-2023 | 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 VISTA HERMOSA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E01 VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS VISTA HERMOSA | 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. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP |
| 1 | 2023-05-01 | 2023-07-31 | 1 | $ 1670280 | 559 |
| 2 | 2023-07-01 | 2023-08-31 | 2 | $ 1670280 | 2137 |
| 3 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 3 | $ 1670280 | 2424 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | | Mes Cuenta de Cobro | | Valor a Pagar | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1670280 |
| 2 | MARZO | $ 1670280 |
| 3 | ABRIL | $ 1670280 |
| 4 | MAYO | $ 1670280 |
| 5 | JUNIO | $ 1670280 |
| 6 | JULIO | $ 1670280 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 6681120 | $ 11691960 | $ 10021680 | $ 1670280 |

| | 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 (tecnico profesional en salud oral) acorde con la Lex Artis, segun 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 demás normas concordantes. | -Realizar actividades de educacion en salud oral a los pacientes para tener una buena higiene. | -HISTORIA CLINICA |
| 2 | 2). Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | -Realizar detartrajes ,fluorizacion y control de placa bacteriana según requiera el paciente. | -HISTORIA CLINICA |
| 3 | 3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultanea o inmediatamente despues de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, 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). | -Diligenciar historia clínica con las actividades realizadas y recomendaciones . | -HISTORIA CLINICA |
| 4 | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, gulas, 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. | -Cumplir con las normas y procedimientos realizando consentimientos informados | -DINAMICA GENERAL |

| 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 identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud. | -cumplimiento de rutas de atencion en salud según modelo indicado según lo indique la institucion. | -DEMANDA INDUCIDA |
| 6 | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -Mantener el consultorio odontologico habilitado y debidamente desinfectado,lavado de instrumental y empacado. | -FORMATO DE ESTERILIZACION LIMPIEZA Y DESINFECCION |

| 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 | | $ 1670280 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 8369691734 | | | |
| 2023 | JULIO | 2023 | 08 | 15 | | | | |
| 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 | PORVENIR | $ 1160000 | $ 185600 | $ 185600 |
| Salud | | | | | COMPENSAR | | $ 145000 | $ 145000 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | $ 28258 | $ 28300 |
| Caja de Compensación | | | | SI | COMPENSAR | Total | $ 336655 | $ 358900 |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 487038851 |

Liz Johanna Nieto P.

LIZ JOHANNA NIETO PINZON
52953062

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

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

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | LIZ JHOANNA NIETO PINZON |
| **No. Identificación:** | CC52953052 |
| **Dirección:** | CALLE 75B 1 D ESTE 26 SUR |
| **Telefono:** | 6111111 |
| **Correo:** | OANA1224@HOTMAIL.COM |
| **Ciudad:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **Número de Planilla:** | 5369691734 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | LIZ JHOANNA NIETO PINZON |
| Tipo y número de identificación | CC52953052 |
| Número de planilla | 5369691734 |
| Fecha pago | 2023-08-16 |
| Número de autorización pago | 26496537 |
| Banco | 1023 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Período de Cotización Salud | julio de 2023 |
| Período de Cotización Pensión | julio de 2023 |
| Número de Administradoras | 4 |
| Total Pagado | 382100 |
| Total Intereses de Mora | 0 |

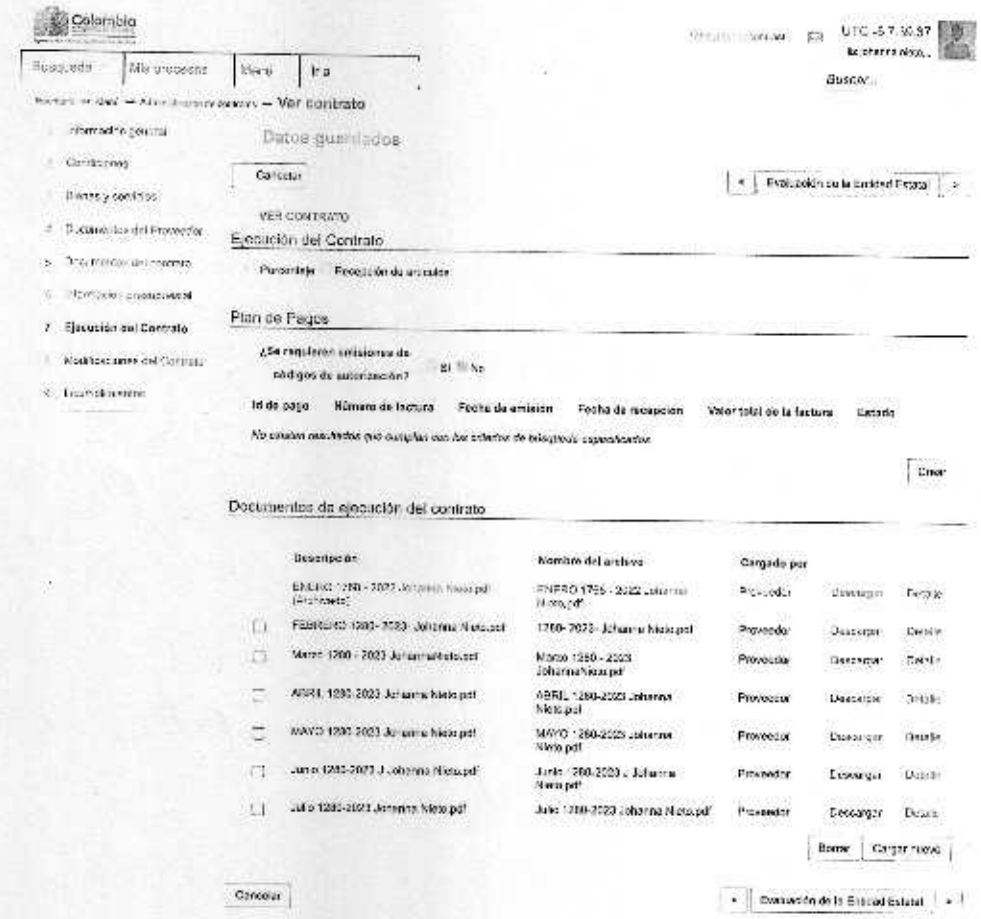
PAGADA
5369691734

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 28300 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 185600 | 1 |
| CCF24 | Comfenalco Cajas de Compensación Fam | 23200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 145000 | 1 |

TIPO DOC: CC
NO. DOCUMENTO 52953052
APELLIDOS Y NOMBRES: LIZ JHOANNA NIETO PINZON

| 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 | 230301 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 28300 | 23200 |

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


Colombia
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Ver contrato
Información general
Condiciones
Ítems y precios
Documentos del Proveedor
Información del contrato
Modificaciones contractuales
7 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Liquidación
Datos guardados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Pública
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Fecha de inicio real
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
ENERO 1280 - 2023 Johanna Nieto.pdf (Archivado)
ENERO 1280 - 2023 Johanna Nieto.pdf
Proveedor
Descargar
Eliminar
FEBRERO 1280- 2023 Johanna Nieto.pdf
1280- 2023 Johanna Nieto.pdf
Proveedor
Descargar
Eliminar
Marzo 1280 - 2023 Johanna Nieto.pdf
Marzo 1280 - 2023 Johanna Nieto.pdf
Proveedor
Descargar
Eliminar
ABRIL 1280-2023 Johanna Nieto.pdf
ABRIL 1280-2023 Johanna Nieto.pdf
Proveedor
Descargar
Eliminar
MAYO 1280-2023 Johanna Nieto.pdf
MAYO 1280-2023 Johanna Nieto.pdf
Proveedor
Descargar
Eliminar
Junio 1280-2023 Johanna Nieto.pdf
Junio 1280-2023 Johanna Nieto.pdf
Proveedor
Descargar
Eliminar
Julio 1280-2023 Johanna Nieto.pdf
Julio 1280-2023 Johanna Nieto.pdf
Proveedor
Descargar
Eliminar
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal