

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS



DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:		Desde:	2023-10-01	Hasta:	2023-10-31		
Nombre Contratista:	del	LIZ JOHANNA NIETO PINZON		Número de Documento:	52953062		
Correo Electrónico:		ohana1224@hotmail.com		Número Telefónico:	3114618068		
Nombre Supervisor:	del	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 Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
E01VB	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	1559
2	2023-07-01	2023-08-31	2	\$ 1670280	2137
3	2023-08-01	2023-09-30	3	\$ 1670280	2424
4	2023-09-01	2023-10-31	4	\$ 1670280	2815

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	\$ 1670280	3151
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 1670280	
2		MARZO		\$ 1670280	
3		ABRIL		\$ 1670280	
4		MAYO		\$ 1670280	
5		JUNIO		\$ 1670280	
6		JULIO		\$ 1670280	
7		AGOSTO		\$ 1670280	
8		SEPTIEMBRE		\$ 1670280	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6681120		\$ 15032520		\$ 13362240	\$ 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 clinica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultanea o inmediatamente despues de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (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 clinica con las actividades realizadas y recomendaciones .		-HISTORIA CLINICA	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	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.	-Cumplir con las normas y procedimientos realizando consentimientos informados	-DINAMICA GENERAL
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.	-cumplimiento de rutas de atención en salud según modelo indicado según lo indique la institución .	-DEMANDA INDUCIDA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Mantener el consultorio odontológico habilitado y debidamente desinfectado, lavado de instrumental y empaçado .	-FORMATOS 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	8371628700				
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	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	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	4870387851		

Johanna Nieto P
LIZ JOHANNA NIETO PINZON
52953062

Gloria Maritza Pinilla Pinilla
GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

- 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			
ENERO 1768 - 2022 Johanna Nieto.pdf (Archivado)	ENERO 1768 - 2022 Johanna Nieto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ FEBRERO 1280- 2023- Johanna Nieto.pdf	1280- 2023- Johanna Nieto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ Marzo 1280 - 2023 Johanna Nieto.pdf	Marzo 1280 - 2023 Johanna Nieto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ ABRIL 1280-2023 Johanna Nieto.pdf	ABRIL 1280-2023 Johanna Nieto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ MAYO 1280-2023 Johanna Nieto.pdf	MAYO 1280-2023 Johanna Nieto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ Junio 1280-2023 J Johanna Nieto.pdf	Junio 1280-2023 J Johanna Nieto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ Julio 1280-2023 Johanna Nieto.pdf	Julio 1280-2023 Johanna Nieto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ AGOSTO 1280-2023 Johanna Nieto.pdf	AGOSTO 1280-2023 Johanna Nieto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ Johanna Nieto 1280-2023 SEPTIEMBRE.pdf	Johanna Nieto 1280-2023 SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
Borrar Cargar nuevo					

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Señor(a): LIZ JOHANNA NIETO PINZON ✓
No. Identificación: CC52953062
Dirección: CALLE 75B 1 D ESTE 26 SUR
Telefono: 6111111
Correo: OANA1224@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8371628700

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LIZ JOHANNA NIETO PINZON	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC52953062	Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2023 ✓
Número de planilla	8371628700 ✓	Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2023 ✓
Fecha pago	2023-10-13	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	14147345	Total Pagado	382100
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	28300	1
230301	Porvenir	185600	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	23200	1
EPS008	Compensar EPS	145000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52953062
APELLIDOS Y NOMBRES: LIZ JOHANNA 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

