

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

INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS



DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2024-01-01	Hasta:	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	SANDRA MILENA HERNANDEZ GUTIERREZ		Número de Documento:	52024058	
Correo Electrónico:	sand.runchiss27@gmail.com		Número Telefónico:	3176208324	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado:	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1794-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	505
Perfil:	TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL				
Dirección a la que Pertenecer:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
E01ULN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL NUEVO	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

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	\$ 1670280	2815
5	2023-10-01	2023-11-30	5	\$ 1670280	3151
6	2023-11-01	2024-01-31	6	\$ 1670280	3606
7	2023-12-01	2023-12-31	7	\$ 1670280	3931
8	2024-01-01	2024-01-31	8	\$ 1670280	140
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	
9		OCTUBRE		\$ 1670280	
10		NOVIEMBRE		\$ 1670280	
11		DICIEMBRE		\$ 1670280	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6681120		\$ 20043360		\$ 18373080	\$ 1670280
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.	--REALIZAR DE CONSULTA DE HIGIENE ORAL EN EL ÁREA DE ODONTOLOGÍA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR , DURANTE EL TIEMPO DE DISPONIBILIDAD INDICADO A SU PROPUESTA		--AGENDA MIENTO INSTITUCIONAL	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-PARTICIPAR SEGÚN SU COMPETENCIA EN LA ATENCIÓN QUE DEBA REALIZAR EL CONTRATANTE A LOS DIFERENTES USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS QUE VIGILEN SU ACTUAR EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.	-AGENDA MIENTO 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 realización, 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).	--DILIGENCIAR DE FORMA CLARA , CORRECTA Y OPORTUNAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBREDSUR Y LA HISTORIA CLÍNICA CUMPLIENDO CON LOS PARÁMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE "	---PROGRAMACIÓN POR PARTE DE LÍDER
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 TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E "	--PROGRAMACIÓN POR PARTE DE LÍDER
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 A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN PRO DE UNA MEJOR ATENCIÓN .	-PROGRAMACIÓN POR PARTE DE LÍDER
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	---PROMOVER EN LOS USUARIOS LA GENERACIÓN DE ESTILOS , HÁBITOS Y CONDUCTAS DE VIDA SALUDABLE , MEDIANTE ACCIONES DE EDUCACIÓN	---RIPS,INFORME DE ACTIVIDADES INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA			
2023	DICIEMBRE	2024	01	09	1059680455		\$ 1670280
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
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 185600
Salud						FAMISANAR	\$ 145000
ARL					3	SURA	\$ 28258
Caja de Compensación					SI	CAFAM	\$ 336655
						Total	\$ 358900
INFORMACIÓN DE PAGO							
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	24124858613

Sandra Hernández G.
SANDRA MILENA HERNANDEZ GUTIERREZ
52024058

V. Bonilla
GLORIA MARITZA PINILLA/PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte2024-01-13, 01:36:50 PMTipo PlanillaINúmero Planilla1059680455Referencia pago(PIN)8851841260

Periodo Cotización202312Periodo Servicio202312

Cliente:

PAGADA 2024-01-09 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA MILENA HERNANDEZ GUTIERREZ			Dirección	CR 10A #13 - 11 SUR		
Documento	CC 52024058			Teléfono	3176208324		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO		
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.		
Ciudad	BOGOTA D.C.			Total Afiliados	1		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento		CC 52024058		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante		59 00								
							HERNANDEZ GUTIERREZ SANDRA MILENA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novidades				Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales							
Extranjero				Tipo salario				Salario																			
ING	NOV	NOV	NOV	Código AFP	Tarifa AFP	Total Aporte AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte EPS	Código EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud UPC	Código ARL	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte RINGOT	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	
				230301	16 %	\$ 1.160.000		\$ 185.000	\$ 0	\$ 0	EPSC005	12,5 %	\$ 1.160.000	\$ 145.000	\$ 0	14-11	2,430 %	\$ 1.160.000	\$ 28.300	CCF21	2 %	\$ 1.160.000	\$ 23.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
				\$ 1.160.000																							

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SUPA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 185.600	\$ 0	\$ 0	\$ 145.000	\$ 26.300	\$ 23.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 382.100



- 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 recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

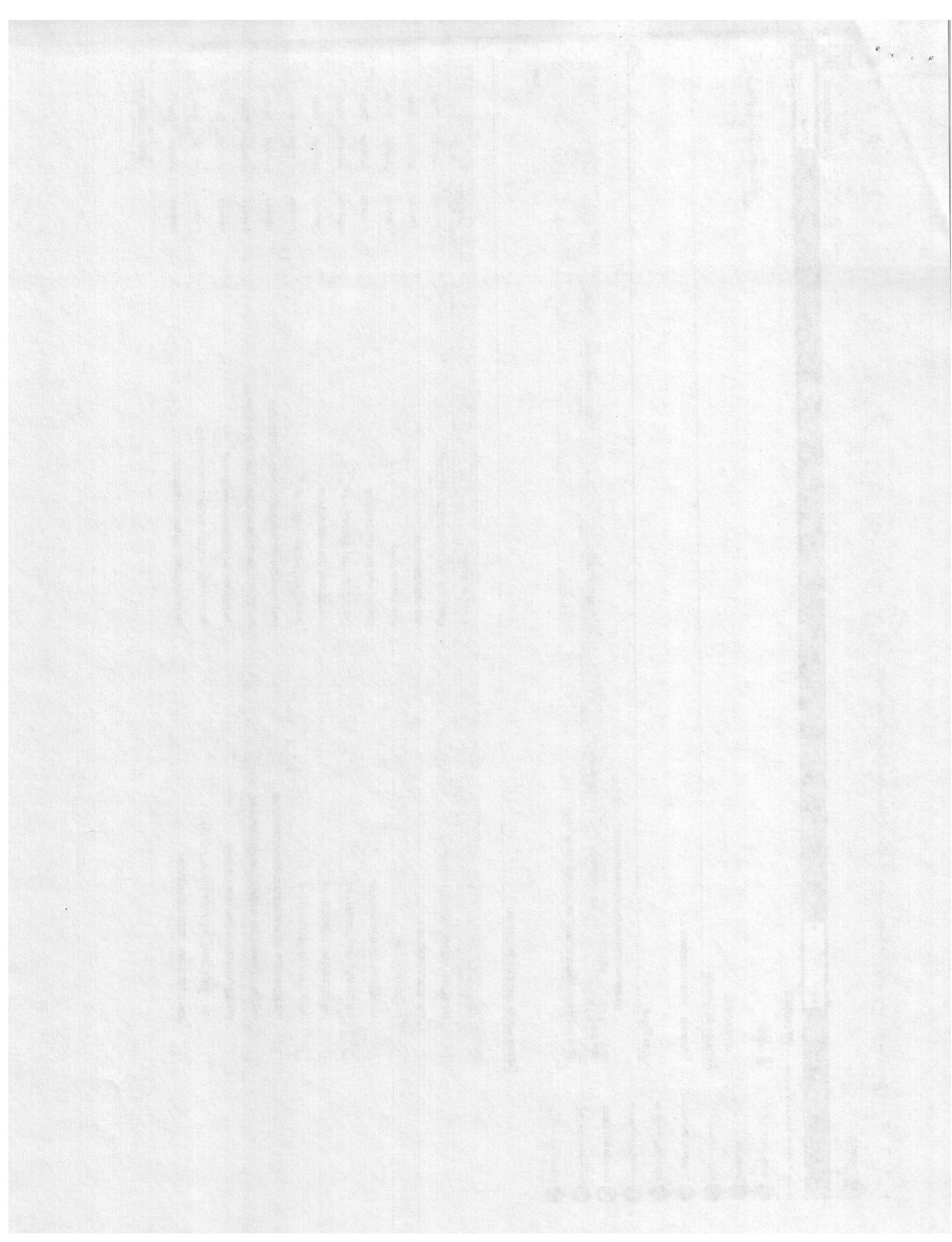
Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ ENERO 2586 - 2022 USS MARICHUELA (1) (1).pdf	ENERO 2586 - 2022 USS MARICHUELA (1) (1).pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1794 - 2023 FEBRERO.pdf	1794 - 2023 FEBRERO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1794 - 2023 MARZO.pdf	1794 - 2023 MARZO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1794-2023 ABRIL USS MARICHUELA.pdf	1794-2023 ABRIL USS MARICHUELA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1794-2023 MAYO USS MARICHUELA.pdf	1794-2023 MAYO USS MARICHUELA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1794-2023 JUNIO USS MARICHUELA.pdf	1794-2023 JUNIO USS MARICHUELA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1794-2023 JULIO USS MARICHUELA.pdf	1794-2023 JULIO USS MARICHUELA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1794-2023 AGOSTO USS MARICHUELA SANDRA HERNANDEZ.pdf	1794-2023 AGOSTO USS MARICHUELA SANDRA HERNANDEZ.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1794-2023 SEPTIEMBRE USS MARICHUELA SANDRA HERNANDEZ.pdf	1794-2023 SEPTIEMBRE USS MARICHUELA SANDRA HERNANDEZ.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1794-2023 OCTUBRE USS DANUBIO NUEVO (1).pdf	1794-2023 OCTUBRE USS DANUBIO NUEVO (1).pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1794-2023 NOVIEMBRE USS DANUBIO NUEVO_copia (1).pdf	1794-2023 NOVIEMBRE USS DANUBIO NUEVO_copia (1).pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1794-2023 DICIEMBRE USS DANUBIO NUEVO.pdf	1794-2023 DICIEMBRE USS DANUBIO NUEVO.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Buscar...

< Evaluación de la Entidad Estatal >





e.almeraim.com/survey?



8



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

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

FECHA DE REGISTRO

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2024-01-11

N° Radicado: 252594

Aceptar

Pregunta requerida

NUMERO DE DOCUMENTO

Pregunta requerida

NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Pregunta requerida

APELLIDOS COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Pregunta requerida

