1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CTA1268-2023 ENERO USS MARICHUELA YINETH.pdf (Archivado)	CTA1268-2023 ENERO USS MARICHUELA YINETH.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3971-2024 USS MARICHUELA.pdf	CTO 3971-2024 USS MARICHUELA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO -3971 MARZO USS MARICHUELA.pdf	CTO -3971 MARZO USS MARICHUELA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

rxw0UjWkFr

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

YINETH HERNANDEZ PUENTES

52162182

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SARLAFT LA/FT-SICOF -PTEE

40 horas

GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLÓN
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
Oficial de Cumplimiento Principal SARLAF LA/FT- SICOF -PTEE

El presente se otorga el: abril 1, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-04-24, 12:23:17 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2024
Empresa	YINETH HERNANDEZ PUENTES
CEDULA CIUDADANIA	CC 52162182
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8810507175 / 1063203256
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 412.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 208.000	$ 1.100
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 162.500	$ 900
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 31.700	$ 200
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 7.800	$ 100

SubTotales:	$ 410.000	$ 2.300
Total a Pagar:		$ 412.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30	
Nombre del Contratista:	YINETH HERNANDEZ PUENTES		**Número de Documento:**	52162182	
Correo Electrónico:	Yinherp18@gmail.com		**Número Telefónico:**	3125691382	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3971-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	465
Perfil:	HIGIENISTA ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

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		2024-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-06-30	1	$ 3340560	1013

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 1670280
2	MARZO	$ 1670280
3	ABRIL	$ 1670280

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5010840	**$ 8351400**	**$ 5010840**	**$ 3340560**

© Siasur - 2024

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 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-E REALIZAN ACTIVIDADES ESTABLECIDAS PARA EL PERFIL DE AUXILIAR DE ODONTOLOGIA SEGÚN LA NECESIDAD DE LA SUBRED SUR ESE DE ACUERDO ALOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES . –	-REALIZACIÓN DE FORMATOS, DE ACTIVIDADES REALIZADAS
2	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.	--E REALIZA PARTICIPACION DE TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y NO PROGRAMADAS PARA EL PARA EL CUMPLIMIENTO DE UNA ATENCION CON CALIDAD -E REALIZA PARTICIPACION DE TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y NO PROGRAMADAS PARA EL PARA EL CUMPLIMIENTO DE UNA ATENCION CON CALIDAD	-REALIZACIÓN DE FORMATOS, DE ACTIVIDADES
3	3). Registrar en la historia clínica la informaciòn de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya)	-APOYAR ALA SUBRED DE SERVICIOS INTREGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ESE EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR ADMINITRATIVAS Y ASISTENCIALES SEGÚN SU NECESIDAD	--REGISTROS INSTITUCIONALES
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.	- APOYAR ALA SUBRED DE SERVICIOS INTREGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ESE EN TODAS LAS ACTIVIDADES A	--REALIZAR ADMINITRATIVAS SEGUN SU NECESIDAD
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.	--APOYAR ALA SUBRED DE SERVICIOS INTREGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ESE EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR ADMINITRATIVAS SEGUN SU NECESIDAD -	-REGISTROS INSTITUCIONALES
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--MANTENER EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO HABILITADO Y DEBIDAMENTE DESINFECTADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIO ODONTOLOGICO, LAVADO DE INSTRUMENTAL , SECADO , EMPACADO , CONTROL DE INSUMOS Y CUIDADO DE EQUIPOS ODONTOLOGICOS , ASISTIR AL PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA, BAJO LOS ESTANDARES DE CALIDAD Y NORMAS TECNICO CIENTIFICAS UN IVER SALMENTE ACEPTADA	-REGISTROS INSTITUCIONALES

© Siasur - 2024

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		**Fecha de Pago**			**Número de Planilla**	**Factura Electrónica**	**Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior**	$ 1670280
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1063203256	-		
2024	**MARZO**	**2024**	**04**	**24**				
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		PROTECCIÓN	$ 1300000	$ 208000	**$ 208000**
Salud					COMPENSAR		$ 162500	**$ 162500**
ARL			3		SURA		$ 31668	**$ 31700**
Caja de Compensación			SI		COMPENSAR	**Total**	**$ 377286**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4870430339

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YINETH HERNANDEZ PUENTES	2024-04-25 10:36:44
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-04-27 19:57:21
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-04-30 12:58:35
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-05-15 12:35:33

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS