



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

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? ☐ SI ☒ 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		
1272-2023 ENERO 2024.pdf (Archivado)	1272-2023 ENERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO 3973- 2024 FEBRERO USS MANUELA BELTRAN.pdf	CTO 3973- 2024 FEBRERO USS MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO 3973-2024 MARZO MANUELA BELTRAN.pdf	CTO 3973-2024 MARZO MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO 3973-2024 ABRIL MANUELA BELTRAN.pdf	CTO 3973-2024 ABRIL MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO3973-2024 MAYO MANUELA BELTRAN.pdf	CTO3973-2024 MAYO MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE												DATOS DE LA PLANILLA				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD			
		CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL					CÓDIGO	DEPARTAMENTO				CIUDAD / MUNICIPIO	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	EMPLADOS
CC	52460210	ONAIRA	MARTINEZ PINEDA	CALLE 69 N 18 42 SUR	3107775948	danita-pc2011@hotmail.com							1	0		
FORMA PRESENTACIÓN	1 - Independiente												TOTAL A PAGAR			
UNICA				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		2024-05	2024-05	I	13/06/2024	77277721	\$404.500			

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	86006642-7	162.500	0		0		0	7	900	0	163.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Copensiones	90033604-7	208.000	0	0	0	0	7	1.200	0	209.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890603790-5	31.700			31.700	7	200	31.900		317	317	31.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

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

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	52460210	ONAIRA MARTINEZ PINEDA	CALLE 69 N 18 42 SUR	3107775948
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1- Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		13/06/2024	77277721
2024-05	2024-05	I		
TOTAL A PAGAR				\$404.500

DETALLE POR COTIZANTE																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Contrato	Subtipo	Código contrato	Comercio										Cód. APP	IBC APP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntari o Aportante	Fondo pensiónal solidaridad	Fondo pensiónal subsistencia	Cód. EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte CBP	Aporte EBP	Aporte MEN
							181	182	183	184	185	186	187	188	189	190																			
1	CC	52460210	MARTINEZ PINEDA ONAIRA	59	0	N	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EP5008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			

PAGADA

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-06-01	Hasta:	2024-06-30	
Nombre del Contratista:	OMAIRA MARTINEZ PINEDA		Número de Documento:	52460210	
Correo Electrónico:	mart2103200@hotmail.es		Número Telefónico:	3214535874	
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	Cargo:	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	Código Grado:	- 242-27

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3973-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	465
Perfil:	HIGIENISTA ORAL				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MANUELA BELTRÁN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
E01VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	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	\$ 4795320	1013
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 2137240	1541
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 1670280	
2		MARZO		\$ 1670280	
3		ABRIL		\$ 1670280	

Carrera 26 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	MAYO	\$ 1670280	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5010840	\$ 11943400	\$ 6681120	\$ 5262280
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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
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.	-ATENCION A USUARIOS QUE REQUIEREN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultánea 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)	-REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
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.	-N/A	-N/A
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.	-REALIZACION DE PEDIDO MANEJO DE BODEGA DE INSUMOS Y KARDEX	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	77277721	-		\$ 1670280
2024	MAYO	2024	06	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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 209200
Salud					COMPENSAR		\$ 162500	\$ 163400
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 31900
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 404500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	456370061875	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					OMAIRA MARTINEZ PINEDA		2024-06-24 12:30:17	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2024-06-24 20:31:29	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-06-25 19:07:50	

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.

SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ
ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024