

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-09-01	Hasta:	2024-09-30	
Nombre del Contratista:	ANGELA PAOLA VARGAS MORALES		Número de Documento:	1022953608	
Correo Electrónico:	Vargaspaola261@gmail.com		Número Telefónico:	3203916623	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3982-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	465
Perfil:	HIGIENISTA ORAL				
Dirección a la que Pertenecen:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
E01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MEISSEN	186	54	8980	\$2155200	129%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2155200	DOS MILLONES CIENTOCINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS					

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	
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 5262280		1541	
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 3996100		2136	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar			
1		FEBRERO		\$ 1670280			
2		MARZO		\$ 1670280			

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	ABRIL	\$ 1742120	
4	MAYO	\$ 2155200	
5	JUNIO	\$ 2065400	
6	JULIO	\$ 2074380	
7	AGOSTO	\$ 2038460	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 5010840		\$ 17609780	\$ 13416120
			\$ 4193660
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.	--REALIZACIÓN DE CONSULTA DE HIGIENE ORAL EN EL AREA DE ODONTOLOGIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR , DURANTE EL TIEMPO DE DISPONIBILIDAD INDICADO A SU PROPUESTA	--AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
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.	--PARTICIPAR SEGUN 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 .	--AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
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)	-DILIGENCIAR DE FORMA CLARA , CORRECTA Y OPORTUNAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED Y LA HISTORIA CLINICA CUMPLIENDO CON LOS PARAMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE	--PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL LIDER
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 TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E	--PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL LIDER
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 A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN PRO DE UNA MEJOR ATENCIÓN .	--PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL LIDER

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-- PROMOVER EN LOS USUARIOS LA GENERACIÓN DE ESTILOS , HABITOS Y CONDUCTAS DE VIDA SALUDABLE , MEDIANTE ACCIONES DE EDUCACIÓN	--RIPS,INFORME DE ACTIVIDADES

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		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1065805144	-		\$ 2038460	
2024	AGOSTO	2024	09	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 208000	
Salud					SÁNTITAS		\$ 162500	\$ 162500	
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 31700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 402200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta		AHORROS		Número de Cuenta	4870349216	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANGELA PAOLA VARGAS MORALES			2024-09-24 10:17:06	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2024-09-24 18:09:30	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2024-09-25 15:11:49	

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

Fecha creación reporte: 2024-09-10, 11:07:27 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1065805144

Periodo Cotización: agosto de 2024

Periodo Servicio: agosto de 2024

Referencia pago (PIN): 8810336873

PAGADO 10/09/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA PAOLA VARGAS MORALES		
Documento	CC1022953608	Dirección	CL 138 SUR #14 - 52 USME
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3203916623
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	CSR	VST	SLN	IGE	IVA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022953608	ANGELA PAOLA VARGAS MORALES	59	00																	0	0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.300.000	\$ 162.500	2.436	\$ 1.300.000	\$ 31.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.300.000	\$ 26.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 428.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 26.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 428.200	\$ 2.200	\$ 430.400

Esitorio

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 Contr...

9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

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

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	CTO 3982 FEBRERO USS MEISSEN 2024.pdf	CTO 3982 FEBRERO 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CTO 3982-MARZO 2024 USS MEISSEN.pdf	CTO 3982-MARZO 2024 USS MEISSEN.pdf	Proveedor Descargar Detalle
	CTO 3982 MARZO 2024 USS MEISEN.pdf (Archivado)	CTO 3982 MARZO 2024 USS MEISEN.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CTO 3982 ABRIL USS MEISSEN.pdf	CTO 3982 ABRIL USS MEISSEN.pdf	Proveedor Descargar Detalle
	CTO - 3997 CAROLINA ABRIL MEISSEN.pdf (Archivado)	CTO - 3997 CAROLINA ABRIL MEISSEN.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CTO-3982 MAYO 2024 USS MEISSEN.pdf	CTO-3982 MAYO 2024 USS MEISSEN.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CTO 3982 JUNIO 2024 USS MEISSEN.pdf	CTO 3982 JUNIO 2024 USS MEISSEN.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CTO 3982 JULIO 2024 USS MEISSEN.pdf	CTO 3982 JULIO 2024 USS MEISSEN.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	CTO 3982 AGOSTO 2024 USS MEISSEN (1).pdf	CTO 3982 AGOSTO 2024 USS MEISSEN (1).pdf	Proveedor Descargar Detalle

Enviar

CC

RV: SOLICITUD ACTIVACIÓN CURSO: EFECTOS NOCIVOS RADIACIONES IONIZANTES

Borrador guardado a las 9:40

De: Equipo Servicio Salud Oral <saludoral.unidades@subredsur.gov.co>
Enviado: lunes, 23 de septiembre de 2024 11:10
Para: Capacitaciones <capacitacion@subredsur.gov.co>
Asunto: SOLICITUD ACTIVACIÓN CURSO: EFECTOS NOCIVOS RADIACIONES IONIZANTES

De: Equipo Servicio Salud Oral
Enviado: miércoles, 18 de septiembre de 2024 9:53
Para: Capacitaciones <capacitacion@subredsur.gov.co>
Asunto: ACTIVACIÓN CURSO

Cordial saludo.
La presente es para informar que ninguna de nosotras a la fecha aun estamos habilitadas para realizar el curso EFECTOS NOCIVOS DE LAS RADIACIONES IONIZANTES , por este motivo solicitamos por favor muy amablemente nos sea habilitado este curso en la plataforma de MAO para poder cumplir con este requisito ya que es solicitado por la direccion, de caracter URGENTE!!!

Agradecemos su atencion prestada .

Diana Marcela Contreras Contreras CC . 52958205 TECNICO EN SALUD ORAL
Diana Carolina Faustino Rubio CC . 1022977338 TECNICO EN SALUD ORAL
Angela Paola Vargas Morales C C . 1022953608 TECNICO EN SALUD ORAL
Aida Maritza Romero Morales CC. 52553419 ODONTOLOGA
Julieth Marcela Cubides Roncancio CC.52495303 ODONTOLOGA
Kenny Yaleth Serna Sanchez CC. 1038816897 ODONTOLOGA