

	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 Contratista:	del	ANA YUDIRA VALDES TIMOTE		Número de Documento:	52857798
Correo Electrónico:	yudival1982@hotmail.com			Número Telefónico:	3208818640
Nombre Supervisor:	del	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3976-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	465
Perfil:	HIGIENISTA ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	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	Procetaje(%) Centro de Costos
E01TNCP	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CAPS TUNAL	186	18	8980	\$1831920	109.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1831920	UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS					

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	\$ 3690780	1541
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 3583020	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	\$ 1670280	
4	MAYO	\$ 1670280	
5	JUNIO	\$ 1724160	
6	JULIO	\$ 1778040	
7	AGOSTO	\$ 1733140	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 5010840		\$ 15625200	\$ 11916460
			\$ 3708740
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.	--FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE AMPLIA 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 REQUIERAN SERVICIOS 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)	--DILIGENCIAMIENTO DEL ODONTOGRAMA QUE REQUIERE EL PROFESIONAL	--HISTORIA CLINICA
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.	--NA	--NA
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.	--BRINDANDO A LOS PACIENTES INFORMACION PARA LA ATENCION DEL SERVICIO Y DIRECCIONANDO A LOS DEMAS SERVICIOS PARA UNA ATENCION INTEGRAL.	--REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES

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.	--REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION.	---FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLIA 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 Certificados de el Mes Anterior		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8380154385	-		\$ 1733140	
2024	AGOSTO	2024	09	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIENTOCUARENTAPESOS				
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	\$ 208000	
Salud					COMPENSAR		\$ 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	004870452648

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANA YUDIRIA TIMOTE	2024-09-24 18:38:29
RECHAZADO SUPERVISOR	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-09-24 21:33:59
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANA YUDIRIA TIMOTE	2024-09-25 16:36:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-09-25 21:15:36
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-09-26 18:06:51

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

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

Señor(a): ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE
No. Identificación: CC52857798
Dirección: CALLE 62 SUR NO 32 - 25
Telefono: 7180127
Correo: yudival1982@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8380154385

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC52857798	Periodo de Cotización Salud	agosto de 2024
Número de planilla	8380154385	Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2024
Fecha pago	2024-09-11	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	80154385	Total Pagado	402200
Banco	1052	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52857798
APELLIDOS Y NOMBRES: ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE

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	25-14	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

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

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		
	1276-2023 ENERO USS VISTA HERMOSA.pdf (Archivado)	1276-2023 ENERO USS VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Febrero- Contrato N° 3976-2024.pdf	Cuenta Febrero- Contrato N° 3976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA MARZO-3976.pdf (Archivado)	CUENTA MARZO-3976.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta Marzo- Contrato N° 3976-2024.pdf (Archivado)	Cuenta Marzo- Contrato N° 3976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta marzo-contratoN°3976-2024pdf.pdf	cuenta marzo-contratoN°3976-2024pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CuentaAbril-contratoN°3976-2024.pdf	CuentaAbril-contratoN°3976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CuentaMayocontratoN°3976-2024pdf.pdf	CuentaMayocontratoN°3976-2024pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta junio-contratoN°3976-2024pdf.pdf	cuenta junio-contratoN°3976-2024pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CuentaJulio-ContratoN°3976-2024pdf.pdf	CuentaJulio-ContratoN°3976-2024pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Agosto-ContratoN°3976-2024pdf.pdf	Cuenta Agosto-ContratoN°3976-2024pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Osp1Yncyp3

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

ANA YUDIRA VALDES TIMOTE

52857798

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:
EFFECTOS NOCIVOS DE LAS RADIACIONES IONIZANTES
Con una intensidad horaria de : 8 horas

Para constancia se expide:
septiembre 21, 2024

Vigencia de 1 año