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:**	2024-09-01	**Hasta:**	2024-09-30	
Nombre del Contratista:	DIANA MARCELA CONTRERAS		**Número de Documento:**	52958205	
Correo Electrónico:	dianac2009@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3202967855	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3978-2024	**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
E01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MEISSEN	186	8	8980	$1742120	104.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1742120**	**UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CIENTOVEINTEPESOS**					

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	$ 3322600	1013
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 3520160	1541
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 3475260	2136

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 1652320
2	MARZO	$ 1670280

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	ABRIL	$ 1670280
4	MAYO	$ 1670280
5	JUNIO	$ 1742120
6	JULIO	$ 1670280
7	AGOSTO	$ 1751100
8	SEPTIEMBRE	$ 1742120

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5010840	**$ 15328860**	**$ 13568780**	**$ 1760080**

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.	--REALIZACIÒN 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 ATENCIÒN QUE DEBA REALIZAR EL CONTRATANTE A LOS DIFERENTES USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS QUE VIGILEN SU ACTUAR EN LA PRESTACIÒN DE SERVICIOS DE SALUD .	--AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
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)	-DILIGENCIAR DE FORMA CLARA , CORRECTA Y OPORTUNAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÒN DE LA SUBRED Y LA HISTORIA CLINICA CUMPLIENDO CON LOS PARAMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE	--PROGRAMACIÒN 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	--PROGRAMACIÒN 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 ATENCIÒN .	--PROGRAMACIÒN POR PARTE DEL LIDER

© Siasur - 2024

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 GENERACIÒN DE ESTILOS , HABITOS Y CONDUCTAS DE VIDA SALUDABLE , MEDIANTE ACCIONES DE EDUCACIÒN .	--RIPS,INFORME DE ACTIVIDADES

© 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**	$ 1751100
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	7937655163	-		
2024	**AGOSTO**	**2024**	**09**	**04**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CIENPESOS**						
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	**$ 208200**
Salud					SÁNITAS		$ 162500	**$ 162700**
ARL				3	SURA		$ 31668	**$ 31800**
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 377286**	**$ 402700**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4870248418

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DIANA CONTRERAS	2024-09-24 11:02:43
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-09-24 18:43:21
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-09-25 15:11:47
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	2024-10-11 10:38:53

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52958205
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		DIANA MARCELA CONTRERAS CONTRERAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 66 SUR # 17 A 09	TELÉFONO:	7928969
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7937655163**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: agosto AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: agosto AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	891088583		

NOVEDADES

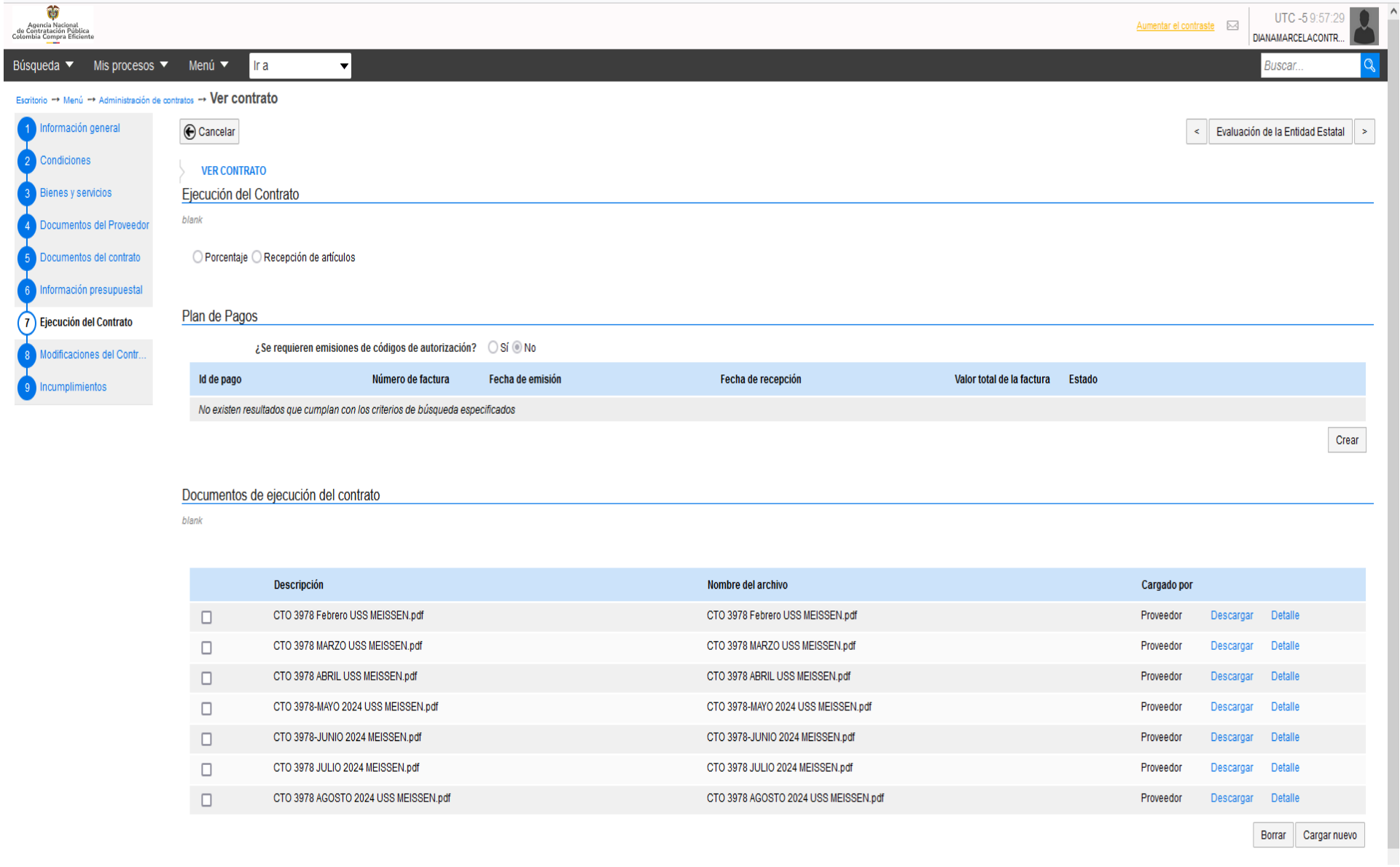
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 162.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.700**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 26.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 26.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 31.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 31.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 428.200**
VALOR MORA:	**$ 600**
TOTAL PAGADO:	**$ 428.800**

Planilla Pagada


Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 9:57:29
DIANAMARCELACONTR...
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 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 3978 Febrero USS MEISSEN.pdf
CTO 3978 MARZO USS MEISSEN.pdf
CTO 3978 ABRIL USS MEISSEN.pdf
CTO 3978-MAYO 2024 USS MEISSEN.pdf
CTO 3978-JUNIO 2024 MEISSEN.pdf
CTO 3978 JULIO 2024 MEISSEN.pdf
CTO 3978 AGOSTO 2024 USS MEISSEN.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo

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