

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.													
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
DATOS DEL INFORME															
Periodo a Certificar:		Desde:		2024-11-01		Hasta:		2024-11-30							
Nombre Contratista:		del		JENNIFER ROMERO VILLAREAL		Número de Documento:		1018404942							
Correo Electrónico:		je.lu.s1018@gmail.com		Número Telefónico:		3123455996									
Nombre Supervisor:		del		GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		Cargo:		DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS		Código Grado:		- 009-05			
DATOS DEL CONTRATO															
No. Contrato:		4001-2024		Año Contrato:		2024		CDP Contrato Inicial:		465					
Perfil:		HIGIENISTA ORAL													
Dirección a la que Pertenece:		DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS													
Unidad de Servicios:		USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL													
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		112		2		8980		\$1023720		61.3%	
E01UD		DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS		USS MARICHUELA		74		2		9155		\$695780		41.7%	
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:		\$ 1719500		UN MILLON SETECIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS 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		\$ 3331580				1541			
3		2024-08-01		2024-10-31		3		\$ 4678580				2136			
4		2024-10-01		2024-11-30		4		\$ 1382920				2617			

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 1635930	2773
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 1670280	
2		MARZO		\$ 1670280	
3		ABRIL		\$ 1535580	
4		MAYO		\$ 1733140	
5		JUNIO		\$ 1670280	
6		JULIO		\$ 2047440	
7		AGOSTO		\$ 1993560	
8		SEPTIEMBRE		\$ 1849880	
9		OCTUBRE		\$ 1778040	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5010840		\$ 19380410		\$ 15948480	\$ 3431930
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 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 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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya)	DILIGENCIAAMIENTO DEL ODONTOGRAMA QUE REQUIERE EL PROFESIONAL		CLÍNICA DE HISTORIA	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	SE REALIZA LA RESPECTIVA ACTUALIZACION DE LOS FORMATOS , CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y ACTUALIZACION SI LO REQUIERE DE LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD	SE LLEVA LOS FORMATOS DEL AREA DILIGENCIADOS , Y SE RECUERDA AL PROFESIONAL SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO , SE MANEJAN LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD TANTO PARA EL PACIENTE COMO PARA EL CUIDADO DE NOSOTROS
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.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
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 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 de Honorarios Certificados el Mes Anterior		\$ 1778040
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	81720607	-			
2024	OCTUBRE	2024	11	13					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUARENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 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 Cuenta	de 0570007590395021

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENNIFFER VILLARREAL ROMERO	2024-11-25 18:55:47
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-11-26 09:48:26
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-11-27 17:54:53

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

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1018404942	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL		CLL 84 B SUR 8 D 18	7687548	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81720607	TOTAL A PAGAR \$428.200

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	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

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				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018404942	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL		CLL 84 B SUR 8 D 18	7687548	je.lu.s1018@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81720607	10
					TOTAL A PAGAR
					\$428.200

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018404942	ROMERO VILLARREAL JENNIFFER	59	0	N																			230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0	

PAGADA

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?

☐ 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

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTO 4001-2024 FEBRERO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	CTO 4001-2024 FEBRERO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 4001-2024 MARZO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf.pdf	CTO 4001-2024 MARZO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 4001-2024 ABRIL USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	CTO 4001-2024 ABRIL USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 4001-2024 MAYO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	CTO 4001-2024 MAYO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 4001-2024 JUNIO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	CTO 4001-2024 JUNIO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 4001-2024 JULIO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO..pdf	CTO 4001-2024 JULIO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 4001-2024 AGOSTO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO..pdf	CTO 4001-2024 AGOSTO USS MARICHUELA JENIFER ROMERO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 4001-2024 SEPTIEMBRE USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	CTO 4001-2024 SEPTIEMBRE USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 4001-2024 OCTUBRE USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf.pdf	CTO 4001-2024 OCTUBRE USS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >