

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2024-12-01	<b>Hasta:</b>	2024-12-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	DIANA MARCELA MORALES URQUIJO		<b>Número de Documento:</b>	1015423137
<b>Correo Electrónico:</b>	marcelasara2013@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3023761111
<b>Nombre del Supervisor:</b>	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	<b>Código Grado:</b> - 009-05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2633-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	465
<b>Perfil:</b>	ODONTÓLOGO				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS MARICHUELA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
E01UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MARICHUELA	124	0	18410	\$2282840	66.7%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 2282840	<b>DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTAPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-02-01			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2024-04-30
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-04-01	2024-06-30	1	\$ 2798320	1013
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 4970700	1541
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 5154800	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 2577400	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 2577400	2773
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal. 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>		
1	FEBRERO	\$ 2577400
2	MARZO	\$ 2577400
3	ABRIL	\$ 2577400
4	MAYO	\$ 2577400
5	JUNIO	\$ 2577400
6	JULIO	\$ 2577400
7	AGOSTO	\$ 2577400
8	SEPTIEMBRE	\$ 2577400
9	OCTUBRE	\$ 2577400
10	NOVIEMBRE	\$ 2466940

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 10272780	\$ 28351400	\$ 25663540	\$ 2687860

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
1) Prestar servicios de perfil Odontólogo(a) 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 (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	Cumplir con el objeto del contrato, en coordinación con el Supervisor de éste y acorde con las necesidades de LA SUBRED SUR - ESE	Realización de formatos de actividades realizadas.
2). Valorar, diagnosticar, definir plan de tratamiento odontológico al paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	Ejecutar las obligaciones específicas acorde con los Protocolos, Guías, Lineamientos, Manuales que regulan su perfil.	Realización de formatos de actividades realizadas.
3). 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	Brindar atención humana, eficaz, cálida tanto al cliente interno como externo que requiera el servicio, según las obligaciones contractuales.	Realización de formatos de actividades realizadas.
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.	Apoyar la atención de auditorías de los entes de control, presentando la información y/o soportes requeridos, que corresponden al objeto del contrato.	Registros Institucionales.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
5	5). Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto odontológico, procedimientos y cuidados de salud oral, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas las internacionalmente aprobadas), 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 adecuado de la Historia clínica Sistematizada Dinámica, de acuerdo a las instrucciones dadas.	Diligenciamiento en Dinámica.
6	6) 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 de Servicios Integrada de Servicios de Salud ESE en todas las actividades a realizar administrativas y Asistenciales según su necesidad.	Registros Institucionales.
7	7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Apoyar a la Subred de Servicios Integrada de Servicios de Salud ESE en todas las actividades a realizar administrativas y Asistenciales según su necesidad.	Registros Institucionales.
8	8) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Cumplir con las inherentes al objeto contractual, para el mejoramiento de la calidad y aquellas incluidas dentro de los planos de mejoramiento de los estándares de habilitación y acreditación.	Agendamiento Institucional y programación por parte del líder.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 2466940
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	NOVIEMBRE	2024	12	12	4579074764	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 986776	\$ 157884	\$ 208300
Salud					SALUD TOTAL		\$ 123347	\$ 162800
ARL				3	POSITIVA		\$ 24038	\$ 31800
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 286382</b>	<b>\$ 402900</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	675890706	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				DIANA MARCELA MORALES URQUIJO		2024-12-13 19:27:59		
RECHAZADO SUPERVISOR				GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		2024-12-17 00:18:51		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				DIANA MARCELA MORALES URQUIJO		2024-12-17 18:35:40		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		2024-12-18 11:29:53		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-12-18 13:07:33		

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**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

[www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co)

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1015423137
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:		DIANA MARCELA MORALES URQUIJO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA	DIRECCIÓN:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KR 14 L 76 B 56 SUR	TELÉFONO:	9305826
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	<b>4583271221</b>		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN:	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9991173466		

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

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800224808	230301	230301-PORVENIR		1	
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 208.000</b>

SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL		1	
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 162.500</b>

CAJA DE COMPENSACIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 7.800</b>

RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 31.700</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 410.000</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 410.000</b>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1015423137
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:		DIANA MARCELA MORALES URQUIJO
CUIDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA	DIRECCIÓN:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KR 14 L 76 B 56 SUR	TELÉFONO:	9305826
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	<b>4579074764</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	2		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9991107241

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

LIQUIDACIÓN GENERAL			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 208.300
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 208.300</b>

SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 162.800
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 162.800</b>

CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 7.900
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 7.900</b>

RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 31.800
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 31.800</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 410.000</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 800</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 410.800</b>



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 19:10:29  
DIANA MARCELA MOR...



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](#)

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**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CTO 2633-2024 FEBRERO CAPS MARICHUELA.pdf	CTO 2633-2024 FEBRERO CAPS MARICHUELA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 2633-2024 MARZO MARICHUELA.pdf	CTO 2633-2024 MARZO MARICHUELA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 2633-2024 ABRIL MARICHUELA.pdf	CTO 2633-2024 ABRIL MARICHUELA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 2633-2024 MAYO MARICHUELA.pdf	CTO 2633-2024 MAYO MARICHUELA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 2633-2024 JUNIO MARICHUELA..pdf	CTO 2633-2024 JUNIO MARICHUELA..pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 2633-2024 JULIO MARICHUELA...pdf	CTO 2633-2024 JULIO MARICHUELA...pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 2633-2024 AGOSTO MARICHUELA..pdf	CTO 2633-2024 AGOSTO MARICHUELA..pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 2633-2024 SEPTIEMBRE MARICHUELA.pdf	CTO 2633-2024 SEPTIEMBRE MARICHUELA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 2633-2024 OCTUBRE MARICHUELA.pdf.pdf	CTO 2633-2024 OCTUBRE MARICHUELA.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 2633-2024 NOVIEMBRE MARICHUELA..pdf	CTO 2633-2024 NOVIEMBRE MARICHUELA..pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >