| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-01-01 | **Hasta:** | 2025-01-20 | |
| **Nombre del Contratista:** | BETTY KARINA MEJIA SEVERICHE | | **Número de Documento:** | 1030537191 | |
| **Correo Electrónico:** | Karinaseveriche20@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3213285431 | |
| **Nombre del Supervisor:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | **Cargo:** | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3984-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 465 |
| **Perfil:** | HIGIENISTA ORAL | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS CANDELARIA LA NUEVA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E01ULN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO | 107 | 0 | 9155 | $979585 | 83.8% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 979585** | **NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCOPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 4795320 | 1013 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 3008300 | 1541 |
| 3 | 2024-08-01 | 2024-10-31 | 3 | $ 4445100 | 2136 |
| 4 | 2024-10-01 | 2024-11-30 | 4 | $ 1796000 | 2617 |
| 5 | 2024-11-01 | 2024-12-31 | 5 | $ 1815530 | 2773 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 2024-12-31 | 2025-01-09 | 6 | $ 412149 | 2962 |
| 7 | 2024-12-31 | 2025-01-20 | 7 | $ 624371 | 26 |
| 8 | 2024-12-31 | 2025-01-20 | 8 | $ 624371 | 26 |
| 9 | 2024-12-31 | 2025-01-09 | 9 | $ 412149 | 2962 |
| 10 | 2025-01-01 | 2025-01-09 | 10 | $ 412149 | 2962 |
| 11 | 2025-01-09 | 2025-01-20 | 11 | $ 624371 | 26 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1670280 |
| 2 | MARZO | $ 1670280 |
| 3 | ABRIL | $ 1760080 |
| 4 | MAYO | $ 2155200 |
| 5 | JUNIO | $ 1796000 |
| 6 | JULIO | $ 2155200 |
| 7 | AGOSTO | $ 1948660 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 2101320 |
| 9 | OCTUBRE | $ 2002540 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 1810000 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 1702830 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5010840** | **$ 23980650** | **$ 20772390** | **$ 3208260** |

| 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. | -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 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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) | -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. | -N / A | --N / A |
| 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 |
| 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 | $ 1702830 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 1068855107 | - | | |
| **2024** | **DICIEMBRE** | **2025** | **01** | **24** | | | | |

| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | **UN MILLON SETECIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTAPESOS** |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 866666.66666667 | $ 138667 | **$ 208000** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 108333 | **$ 162500** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 21112 | **$ 31700** |
| Caja de Compensación | SI | COMPENSAR | **Total** | **$ 251524** | **$ 402200** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 4870277185 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | BETTY KARINA MEJIA SEVERICHE | 2025-01-27 14:07:50 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2025-01-30 07:15:27 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-01-30 10:14:31 |

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**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-01-24, 02:06:38 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068855107

**Periodo Cotización:** diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8840323180

**PAGADO 24/01/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | BETTY KARINA MEJIA | | |
| **Documento** | CC1030537191 | **Dirección** | TRANSV 69C # 68B SUR 55 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3213285431 |
| **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 | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | 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 1030537191 | BETTY KARINA MEJIA SEVERICHE | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 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 | $ 600 | $ 428.800 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

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

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CTO 3984-2024 FEBRERO CANDELARIA BETTY MEJIA.pdf | CTO 3984-2024 FEBRERO CANDELARIA BETTY MEJIA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3984 MARZO 2024 DANUBIO BETTY MEJIA. | CTO 3984 MARZO 2024 DANUBIO BETTY MEJIA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3984-2024 ABRIL DANUBIO BETTY MEJIA . | CTO 3984-2024 ABRIL DANUBIO BETTY MEJIA .pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3984-2024 MAYO DANUBIO BETTY MEJIA . | CTO 3984-2024 MAYO DANUBIO BETTY MEJIA ..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3984-2024 JUNIO DANUBIO BETTY MEJIA . | CTO 3984-2024 JUNIO DANUBIO BETTY MEJIA ..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3984-2024 JULIO DANUBIO BETTY MEJIA. | CTO 3984-2024 JULIO DANUBIO BETTY MEJIA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3984-2024 AGOSTO DANUBIO BETTY MEJIA. | CTO 3984-2024 AGOSTO DANUBIO BETTY MEJIA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3984-2024 SEPTIEMBRE DANUBIO BETTY MEJIA. | CTO 3984-2024 SEPTIEMBRE DANUBIO BETTY MEJIA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3984-2024 OCTUBRE DANUBIO BETTY MEJIA. | CTO 3984-2024 OCTUBRE DANUBIO BETTY MEJIA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3984-2024 NOVIEMBRE DANUBIO BETTY MEJIA. | CTO 3984-2024 NOVIEMBRE DANUBIO BETTY MEJIA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 3984-2024 DICIEMBRE DANUBIO BETTY MEJIA. | CTO 3984-2024 DICIEMBRE DANUBIO BETTY MEJIA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >