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:	JENNIFER RIVERA MANRIQUE		**Número de Documento:**	53093607	
Correo Electrónico:	jenriverma992@gmail.com		**Número Telefónico:**	3133897644	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3999-2024	**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
E01VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	101	0	9155	$924655	79.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 924655**	**NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA 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	$ 3340560	1013
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 3762620	1541
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 4067940	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 1436800	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 1635930	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	$ 501249	2962

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
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	$ 501249	2962
10	2025-01-01	2025-01-09	10	$ 501249	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	$ 1670280
4	MAYO	$ 1876820
5	JUNIO	$ 1688240
6	JULIO	$ 1679260
7	AGOSTO	$ 1948660
8	SEPTIEMBRE	$ 1822940
9	OCTUBRE	$ 1796000
10	NOVIEMBRE	$ 1719500
11	DICIEMBRE	$ 1702830

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5010840	**$ 22631550**	**$ 19245090**	**$ 3386460**

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.	REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CONSULTORIOS LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CONSULTORIOS LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN. - 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.	ATENCIÓN 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 INFORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN 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.	REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGÍA, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CONSULTORIOS LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE AMPLIA PARA ESTE PROCESO

© Siasur - 2025

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82956223	-		$ 1702830
2024	DICIEMBRE	2025	01	13				
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	PROTECCIÓN	$ 866666.66666667	$ 138667	**$ 209400**
Salud		COMPENSAR		$ 108333	**$ 163600**
ARL	3	SURA		$ 21112	**$ 31900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 251524**	**$ 404900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488405465821

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENNIFER RIVERA MANRIQUE	2025-01-28 16:58:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-01-29 14:08:09
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-30 10:03:29

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 | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53093607	JENNIFER RIVERA MANRIQUE	TR 34 NO 24 42 TO 13 AP 103 GERANIO CIUDAD VERDE	9010380	RANANANYS@YAHOO.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	82956223	$412.800	

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	10	1.100	0	163.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	10	1.400	0	209.400	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	10	200	31.900			317	31.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.800	10	100	7.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	163.600
Pensión	1	208.000	209.400
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	1	7.800	7.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	410.000	412.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53093607	JENNIFER RIVERA MANRIQUE		TR 34 NO 24 42 TO 13 AP 103 GERANIO CIUDAD VERDE	9010380	RANANANYS@YAHOO.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	82956223	$412.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	53093607	RIVERA MANRIQUE JENNIFER	57	0			N	C																230201	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	7.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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		
☐	CTO-3999-2024 FEBRERO USS CANDELARIA.pdf	CTO-3999-2024 FEBRERO USS CANDELARIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3999-2024 marzo candelaria.pdf	3999-2024 marzo candelaria.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3999-2024 -ABRIL- USS CANDELARIA JENNIFER.pdf	CTO-3999-2024 -ABRIL- USS CANDELARIA JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3999-2024 MAYO-USS CANDELARIA-JENNIFER.pdf	CTO-3999-2024 MAYO-USS CANDELARIA-JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3999-2024 JUNIO-CANDELARIA-JENNIFER.pdf	CTO-3999-2024 JUNIO- CANDELARIA-JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3999-2024 JULIO -CANDELARIA JENNIFER.pdf	CTO-3999-2024 JULIO -CANDELARIA JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3999-2024-AGOSTO-CANDELARIA-JENNIFER.pdf	CTO-3999-2024-AGOSTO-CANDELARIA-JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3999-2024-SEPTIEMBRE-USS CANDELARIA LA NUEVA-JENNIFER.pdf	CTO-3999-2024-SEPTIEMBRE-USS CANDELARIA LA NUEVA-JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3999-2024 OCTUBRE - USS CANDELARIA.pdf	CTO-3999-2024 OCTUBRE - USS CANDELARIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3999-2024 NOVIEMBRE - USS CANDELARIA.pdf	CTO-3999-2024 NOVIEMBRE - USS CANDELARIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3999-2024-DICIEMBRE-USS CANDELARIA-53093607.pdf	CTO-3999-2024-DICIEMBRE-USS CANDELARIA-53093607.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >