compensar | miplanilla.com

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LIZ JOHANNA NIETO PINZON
No. Identificación: CC52953062
Dirección: CARRERA 24 D NO15-21 SUR
Telefono: 3114618068
Correo: OANA1224@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 82995188

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LIZ JOHANNA NIETO PINZON
Tipo y número de identificación	CC52953062
Número de planilla	82995188
Fecha pago	2025-01-16
Número de autorización pago	1877965
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2024
Número de Administradoras	4
Total Pagado	428200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31700	1
230301	Porvenir	208000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	26000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

82995188

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52953062
APELLIDOS Y NOMBRES: LIZ JOHANNA NIETO PINZON

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1300000	1300000	1300000	1300000	162500	0	208000	0	31700	26000

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

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:	LIZ JOHANNA NIETO PINZON		**Número de Documento:**	52953062	
Correo Electrónico:	ohana1224@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3114618068	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3977-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	465
Perfil:	HIGIENISTA ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

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	106	0	9155	$970430	83%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 970430**	**NOVECIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS TREINTAPESOS**					

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	$ 4678580	1541
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 2173160	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 2047440	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 1590130	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	$ 510779	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	$ 510779	2962
10	2025-01-01	2025-01-09	10	$ 510779	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	$ 1939680
5	JUNIO	$ 1715180
6	JULIO	$ 2155200
7	AGOSTO	$ 1113520
8	SEPTIEMBRE	$ 1849880
9	OCTUBRE	$ 1670280
10	NOVIEMBRE	$ 1683230
11	DICIEMBRE	$ 1702830

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5010840	**$ 22246160**	**$ 18840640**	**$ 3405520**

	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.	-Realizar actividades de educacion en salud oral a los pacientes para tener una buena higiene.	-HISTORIA CLINICA
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.	-Realizar detartrajes ,fluorizacion y control de placa bacteriana según requiera el paciente.	-HISTORIA CLINICA

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)	-Diligenciar historia clinica con las activadades realizadas y recomendaciones	-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.	-Cumplir con las normas y procedimientos realizando consentimientos informados	-DINAMICA GENERAL
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.	--Cumplimiento de rutas de atencion en salud según modelo indicado según lo indique la institucion	-DEMANDA INDUCIDA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Mantener el consultorio odontologico habilitado y debidamente desinfectado,lavado de instrumental y empacado	-Mantener el consultorio odontologico habilitado y debidamente desinfectado,lavado de instrumental y empacado

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	82995188	-		
2024	DICIEMBRE	2025	01	16				
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	PORVENIR	$ 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	4870387851

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LIZ JOHANNA NIETO PINZON	2025-01-29 08:33:56
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-01-29 14:46:26
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-01-29 14:46:51
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-30 10:01:47

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