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:**	2025-05-01	**Hasta:**	2025-05-31	
Nombre del Contratista:	PAULA ANDREA RAMIREZ PERALTA		**Número de Documento:**	1010122345	
Correo Electrónico:	pa4490883@gmail.com		**Número Telefónico:**	3227713607	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3390-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MANUELA BELTRÁN				

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	186	0	10577	$1967322	105.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1967322**	**UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIDOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-09-20
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 782652	
2	FEBRERO	$ 1866324	
3	MARZO	$ 1967322	
4	ABRIL	$ 1967322	
5	MAYO	$ 1967322	

© Siasur - 2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14930592	**$ 14930592**	**$ 8550942**	**$ 6379650**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-REALIZACIÒN DE CONSULTA DE HIGIENE ORAL EN EL AREA DE ODONTOLOGIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR , DURANTE EL TIEMPO DE DISPONIBILIDAD INDICADO A SU PROPUESTA	-AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
2	Realizar el plan de tratamiento de promoción y prevención al paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio bajo los principios del modelo de atención institucional	-ATENCION A USUARIOS QUE REQUIEREN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
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.	-PARTICIPAR SEGUN SU COMPETENCIA EN LA ATENCIÒN QUE DEBA REALIZAR EL CONTRATANTE A LOS DIFERENTES USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS QUE VIGILEN SU ACTUAR EN LA PRESTACIÒN DE SERVICIOS DE SALUD	-AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
4	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 (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya).	-DILIGENCIAR DE FORMA CLARA , CORRECTA Y OPORTUNAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÒN DE LA SUBRED Y LA HISTORIA CLINICA CUMPLIENDO CON LOS PARAMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE "	-PROGRAMACIÒN POR PARTE DEL LIDER
5	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 TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD ESE	-PROGRAMACIÒN POR PARTE DEL LIDER
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 (Generación de informes solicitados confiables, oportunos, remisión listas chequeo seguras, consentimientos informados, causas de inatención e inasistencias, sisveso, entre otros.	-REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS , LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION ETC	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-BRINDAR ATENCION HUMANA EFICAZ Y DE CALIDAD TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO QUE REQUIERA EL SERVICIO	-REQUISITOS INSTITUSIONALES
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-PROMOVER EN LOS USUARIOS LA GENERACIÒN DE ESTILOS , HABITOS Y CONDUCTAS DE VIDA SALUDABLE , MEDIANTE ACCIONES DE EDUCACIÒN .	-RIPS,INFORME DE ACTIVIDADES
9	Realizar gestión de agendas del servicio de odontología. 10). Participación activa en procesos de habilitación, acreditación, certificación IAMII, ULC con diligenciamiento listas asistencia, pre y postest de apropiación de conocimiento.	-CUMPLIR CON ACTIVIDADES QUE CORRESPONDEN AL OBJETIVO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS INCLUIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD	-FORMATO DE LA SUBRED SUR 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	$ 1967322
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1071860615	-		
2025	ABRIL	2025	05	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIDOSPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud		SURA		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	329199285

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	PAULA ANDREA RAMIREZ PERALTA	2025-05-22 12:40:01
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-05-23 08:13:15
ACEPTADO CONTRATACIÓN	EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA	2025-05-23 09:44:57

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: 2025-05-12, 09:41:00 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071860615

Periodo Cotización: abril de 2025 **Periodo Servicio:** abril de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8810767979

PAGADO 12/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAULA ANDREA RAMIREZ PERALTA		
Documento	CC1010122345	**Dirección**	CL 138C SUR #13 - 07
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3227713607
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	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias 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 1010122345	PAULA ANDREA RAMIREZ PERALTA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS010) EPS SURA	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

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
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

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.

¡Pago exitoso!

Mayo 12 del 2025

Banco de Bogotá

Valor de la transferencia

$440.500,00

Pago PSE en establecimiento Sistema Integrado Multiple De Pagos efectuado el 20250512

Costo de la transacción: **Gratis**

Cuenta origen: Ahorros No. 0329199285

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 3390 ENERO 2025 USS DANUBIO.pdf	CTO 3390 ENERO 2025 USS DANUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 3390 FEBRERO 2025 USS DANUBIO.pdf.pdf (Archivado)	CTO 3390 FEBRERO 2025 USS DANUBIO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 3390 FEBRERO 2025 USS DANUBIO (Archivado)	1740575709 - Planilla Seguridad Social - 1010122345.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 3390 FEBRERO 2025 USS DANUBIO.pdf (Archivado)	CTO 3390 FEBRERO 2025 USS DANUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ilovepdf_merged - 2025-03-29T101221.191.pdf (Archivado)	ilovepdf_merged - 2025-03-29T101221.191.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3390 FEBRERO 2025 USS DANUBIO.pdf	CTO 3390 FEBRERO 2025 USS DANUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3390 MARZO 2025 USS DANUBIO.pdf	CTO 3390 MARZO 2025 USS DANUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3390 ABRIL 2025 DANUBIO. PAULA RAMIREZ.pdf	CTO 3390 ABRIL 2025 DANUBIO. PAULA RAMIREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >