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:	GLORIA ESPERANZA CEBALLOS SIERRA		**Número de Documento:**	51743908	
Correo Electrónico:	gloriaeceballos@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3204958966	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3365-2025	**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
E01VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	178	0	10577	$1882706	100.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1882706**	**UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SEISPESOS**					

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	$ 832822	
2	FEBRERO	$ 1866324	
3	MARZO	$ 1967322	
4	ABRIL	$ 1967322	
5	MAYO	$ 1882706	

© Siasur - 2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14930592	**$ 14930592**	**$ 8516496**	**$ 6414096**

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.	REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO,LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN, ETC	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
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	-ATENCIÓN A USUARIOS QUE REQUIEREN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA	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.	--REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO,LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN, ETC	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
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).	-APOYAR LA ATENCIÓN DE AUDITORIAS DE LENTES DE CONTROL, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y / O SOPORTES REQUERIDA , QUE CORRESPONDAN AL OBJETIVO DEL CONTRATO	-REQUISITOS INSTITUCIONALES
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.	-REALIZACIÓN DE PEDIDO MANEJO DE BODEGA DE INSUMOS Y KARDEX	FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
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.	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO	-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.	-BRINDA ATENCIÓN HUMANA. EFICAZ Y DE CALIDAD TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO QUE REQUIERA EL SERVICIO	-REQUISITOS INSTITUCIONALES
8	Cumplir con los procesos de bioseguridad en salud oral acorde a la documentación institucional.	-EJECUTAR LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS ACORDE CON LOS PROTOCOLOS GUÍAS LINIMENTOS MANUALES QUE REGULAR EL PERFIL	-FORMATOS DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
9	Realizar gestión de agendas del servicio de odontología.	BRINDANDO A LAOS PACIENTES INFORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL SERVICIOS Y DIRECCIONAMIENTO LOS DEMÁS SERVICIOS PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
10	Participación activa en procesos de habilitación, acreditación, certificación IAMII, ULC con diligenciamiento listas asistencia, pre y postest de apropiación de conocimiento.	--CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE CORRESPONDE AL OBJETIVO DEL CONTRATO, PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS INCLUIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	--FORMATOS DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--ASISTIR A INDUCCIÓN O REINDUCCION PROGRAMADA POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE LAS OBLIGACIONES PROGRAMADAS	-REQUISITOS INSTITUCIONALES

© 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	$ 1967322
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9484784324	-		
2025	ABRIL	2025	05	05				
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		SÁNITAS		$ 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	015008709

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GLORIA ESPERANZA CEBALLOS SIERRA	2025-05-23 11:47:23
RECHAZADO SUPERVISOR	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-05-23 15:08:28
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GLORIA ESPERANZA CEBALLOS SIERRA	2025-05-23 15:58:57
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-05-25 22:03:45
ACEPTADO CONTRATACIÓN	EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA	2025-05-28 09:17:16

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51743908		CEBALLOS SIERRA GLORIA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 93D 72 47SUR CA 8	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1000001408	9484784324	I	2025/05/06	2025/05/05	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**		**$34,700**		**$0**	**$0**		**$440,500**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**		**$34,700**		**$0**	**$0**		**$440,500**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**		**$34,700**		**$0**	**$0**		**$440,500**
1	CC	51743908 CEBALLOS GLORIA																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	0	$0	$0	No	$440,500
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51743908		CEBALLOS SIERRA GLORIA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 93D 72 47SUR CA 8	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1000001408	9484784324	I	2025/05/06	2025/05/05	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$0**	**$0**	**$440,500**

1 General Information
2 Conditions
3 Catalogue Items
4 Attestation Documents
5 Contract Document
6 Budget Information
7 **Contract Execution**
8 Contract Versions
9 Non-Compliances

Cancel | Previous Step | Buyer Evaluation | Next Step

VIEW CONTRACT

Contract Execution

Percentage ItemReception

Contract Invoice

Registration authorization is needed? Yes No

Payment ID	Invoice Nr	Issue Date	Reception Date	Invoice Total Value	State

No items found...

Create

Contract Execution Documents

	Description	File Name	Uploaded by		
☐	CTO 3365-2025 ENERO MANUELA BELTRAN GLORIA CEBALLOS.	CTO 3365-2025 ENERO MANUELA BELTRAN GLORIA CEBALLOS.pdf	Supplier	download	Detail
☐	DOCUMENTOS FALTANTES DE CARTA DE COMPROMISO RIT,RUT ,INFLUENZA,TITULACIONES GLORIA CEBALLOS.pdf	DOCUMENTOS FALTANTES DE CARTA DE COMPROMISO RIT,RUT ,INFLUENZA,TITULACIONES GLORIA CEBALLOS.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CTO 3365 -2025 FEBRERO MANUELA BELTRAN GLORIA CEBALLOS.	CTO 3365 -2025 FEBRERO MANUELA BELTRAN GLORIA CEBALLOS.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CTO 3365-2025 MARZO MANUELA BELTRAN GLORIA CEBALLOS.	CTO 3365-2025 MARZO MANUELA BELTRAN GLORIA CEBALLOS.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CTO 3365-2025 ABRIL MANUELA BELTRAN GLORIA CEBALLOS.	CTO 3365-2025 ABRIL MANUELA BELTRAN GLORIA CEBALLOS.pdf	Supplier	download	Detail

Remove selected | Upload new

Cancel | Previous Step | Buyer Evaluation | Next Step