

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-05-01	Hasta:	2025-05-31	
Nombre del Contratista:	DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO		Número de Documento:	53130298	
Correo Electrónico:	dimajireb@hotmail.com		Número Telefónico:	3057962764	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3394-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL				
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
E01UG	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS LA REFORMA	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	\$ 913094	
2	FEBRERO	\$ 1866324	
3	MARZO	\$ 1967322	
4	ABRIL	\$ 1967322	
5	MAYO	\$ 1967322	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 14930592		\$ 14930592	\$ 8681384	\$ 6249208
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 ASISTIENDO PUNTUALMENTE AL PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CONSULTORIOS LAVADO CUMPLIENDO CON PROTOCOLOS Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	-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 REQUIERAN SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA	-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.	-SOCIALIZACION A USUARIOS QUE ASISTEN AL SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES	
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).	-CAPTURAR LA INFORMACION DE LOS PACIENTES SEGUN LAS INDICACIONES RECIBIDAS	-HISTORIA CLINICA	
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.	-ADHERENCIA A PROCESOS Y GUIAS SOCIALIZADAS	-FORMATOS USADOS PARA CADA 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.	-BRINDANDO A LOS PACIENTES INFORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL SERVICIO Y DIRECCIONAMIENTO A LOS DEMÁS SERVICIOS PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL	-BRINDANDO A LOS PACIENTES INFORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL SERVICIO Y DIRECCIONAMIENTO A LOS DEMÁS SERVICIOS PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL	

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.	-ATENDER A USUARIOS QUE REQUIERAN EL APOYO DE CONSULTORIO DINAMIZADOR	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
8	Cumplir con los procesos de bioseguridad en salud oral acorde a la documentación institucional.	-SEGUIR CON LAS GUIAS PROTOCOLOS Y RECOMENDACIONES QUE SE MANEJAN EN LA SUB RED SUR SEGUN INDICACIONES	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
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 posttest de apropiación de conocimiento.	-asignación de citas odontología y especializaciones cuando sea pertinente, revisión periódica de los aplicativos, asistir a capacitaciones y socializar con equipo de trabajo	-FORMATO Y APLICATIVO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA CADA PROCESO
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-LAS SOLICITADAS PARA QUE LA ATENCION A LOS UUARIOS Y SUS FAMILIAS SEA CON CALIDAD	-LA OPORTUNA PRESTACION DEL SERVICIO CUANDO SEA REQUERIDO

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	9485615526	-			
2025	ABRIL	2025	05	15					
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800	
Salud					CAPITAL SALUD		\$ 177938	\$ 178000	
ARL				3	POSITIVA		\$ 34676	\$ 34700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 440500	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24085445181	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO			2025-05-26 21:39:28	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2025-05-26 22:29:11	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA			2025-05-28 09:17:41	

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

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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 Contr...
- 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 3394 ENERO REFORMADIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 FEBRERO REFORMADIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO 3394 FEBRERO2025 REFORMADIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 FEBRERO2025 REFORMADIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO 3394 MARZO REFORMADIANA JIMENEZ .pdf	CTO 3394 MARZO REFORMADIANA JIMENEZ .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO 3394 ABRIL REFORMADIANA JIMENEZ.pdf	CTO 3394 ABRIL REFORMADIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																						
Identificación		dv	Razon Social				Clase Aportante				Sucursal Principal			Direccion		Ciudad-Departamento			Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																	
CC 53130298			JIMENEZ RESTREPO DIANA MARCELA				INDEPENDIENTE				PRINCIPAL			CR 6 B EST 90 47		BOGOTA-BOGOTA D.E.			3057962764		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	1482750847		9485615526		I		2025/05/23		2025/05/15		BANCO CAJA SOCIAL			0		\$440,500																					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																						
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS													
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sin	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	
1	CC	53130298	JIMENEZ DIANA																			25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPSC34	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	2.436%	
Total Afiliados(1)																									\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE														
Identificación		dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53130298			JIMENEZ RESTREPO DIANA MARCELA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CR 6 B EST 90 47		BOGOTA-BOGOTA D.E.		3057962764	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	1482750847		9485615526	I	2025/05/23	2025/05/15		BANCO CAJA SOCIAL			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	
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$227,800		\$0		\$0		\$227,800		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$34,700		\$0		\$0		\$34,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$34,700		\$0		\$0		\$34,700		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$178,000		\$0		\$0		\$178,000	
CAPITAL SALUD		EPSC34	900,298,372	9	1	\$178,000		\$0		\$0		\$178,000		
TOTAL						1	\$440,500		\$0		\$0		\$440,500	