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:**	2025-06-01	**Hasta:**	2025-06-30	
Nombre del Contratista:	ANA YUDIRA VALDES TIMOTE		**Número de Documento:**	52857798	
Correo Electrónico:	yudival1982@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3208818640	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3358-2025	**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 VISTA HERMOSA				

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	186	1	10577	$1977899	106%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1977899**	**UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVEPESOS**					

© Siasur - 2025

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	$ 812754	
2	FEBRERO	$ 1866324	
3	MARZO	$ 1967322	
4	ABRIL	$ 1967322	
5	MAYO	$ 1776936	
6	JUNIO	$ 1977899	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14930592	**$ 14930592**	**$ 10368557**	**$ 4562035**

	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.	-REALIZACION DE ACTIVIDAES 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
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	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
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.	-REALIZACION DE ACTIVIDAES 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

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	BRINDANDO A LOS PACIENTES INFORMACION PARA LA ATENCION DEL SERVICIO Y DIRECCIONANDO A LOS DEMAS SERVICIOS PARA UNA ATENCION INTEGRAL.	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTE
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 ACTIVIDAES 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
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 INSTITUCIONALES
8	Cumplir con los procesos de bioseguridad en salud oral acorde a la documentación institucional.	-EJECUTAR LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS ACORDE CON LOS PROTOCOLOS,GUIAS,LINEAMIENTOS,MANUALES QUE REGULAN EL PERFIL-	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
9	Realizar gestión de agendas del servicio de odontología.	BRINDANDO A LOS PACIENTES INFORMACION PARA LA ATENCION DEL SERVICIO Y DIRECCIONANDO A LOS DEMAS SERVICIOS PARA UNA ATENCION INTEGRAL.	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	Participación activa en procesos de habilitación, acreditación, certificación IAMII, ULC con diligenciamiento listas asistencia, pre y postest de apropiación de conocimiento.	CUMPLIR CON LA 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 QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. "	ASISTIR A INDUCCION O REINDUCCION PROGRAMADA POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR - E.S.E CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL DESRROLLO DE LAS OBLIGACIONES PROGRAMADAS	REQUISITOS INSTITUCIONALES

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	$ 1776936
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8387320603	-		
2025	MAYO	2025	06	11				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS

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		COMPENSAR		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	004870452648

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANA YUDIRIA TIMOTE	2025-06-22 12:58:14
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-06-22 14:32:38
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-06-27 12:58:06

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

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		
	Cuenta Enero 21 al 31 -2025 -Contrato Nº-3358.pdf (Archivado)	Cuenta Enero 21 al 31 -2025 -Contrato Nº-3358.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Enero21 al 31-2025-contratoNº 3358.pdf	Cuenta Enero21 al 31-2025-contratoNº 3358.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta febrero-contrato Nº3358-2025.pdf	Cuenta febrero-contrato Nº3358-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Marzo Contrato Nº33-58-2025.pdf	Cuenta Marzo Contrato Nº33-58-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta AbrilcontratoNº3358-2025.pdf	Cuenta AbrilcontratoNº3358-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta mayo-contratoNº3358-2025.pdf	Cuenta mayo-contratoNº3358-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a): ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE
No. Identificación: CC52857798
Dirección: CALLE 62 SUR NO 32 - 25
Telefono: 7180127
Correo: yudival1982@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8387320603

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52857798	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2025
Número de planilla	8387320603	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2025
Fecha pago	2025-06-11	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	33946067	**Total Pagado**	440500
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

8387320603

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52857798
APELLIDOS Y NOMBRES: ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE

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	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0