

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-09-01	Hasta:	2025-09-30	
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
E01TNC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CAPS TUNAL	6	0	10577	\$63462	3.4%
E01UG	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS LA REFORMA	180	0	10577	\$1903860	102%
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. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 3661441	1314
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 913094	
2		FEBRERO		\$ 1866324	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	MARZO	\$ 1967322	
4	ABRIL	\$ 1967322	
5	MAYO	\$ 1967322	
6	JUNIO	\$ 1967322	
7	JULIO	\$ 2041361	
8	AGOSTO	\$ 1967322	
9	SEPTIEMBRE	\$ 1967322	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 14930592		\$ 18592033	\$ 16624711
			\$ 1967322
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	-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 define 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 CLÍNICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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, síesveso, 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
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 postest 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 Honorarios Certificados Mes Anterior	de el	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9491399875	-			\$ 1967322
2025	AGOSTO	2025	09	19					
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			2025-09-25 21:48:38	
RECHAZADO SUPERVISOR					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2025-09-26 19:15:04	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO			2025-09-29 10:26:26	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2025-09-29 10:31:41	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2025-09-29 12:00:07	

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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
2025-09	2025-09	1873286187	9492850081	I	2025/10/23	2025/10/23	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0
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
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	\$34,700	0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0

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	Valor
2025-09	2025-09	1873286187		9492850081	I	2025/10/23	2025/10/23	BANCO CAJA SOCIAL	\$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	