

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-11-01	<b>Hasta:</b>	2025-11-30
<b>Nombre Contratista:</b>	del LEIDY JOHANNA HERRERA CUERVO	<b>Número de Documento:</b>		1022948383
<b>Correo Electrónico:</b>	johis19.jh@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3144882078
<b>Nombre Supervisor:</b>	del SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	<b>Cargo:</b>	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	<b>Código Grado:</b> - 242-27

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	5272-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	26
<b>Perfil:</b>	HIGIENISTA ORAL				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	CAPS TUNAL				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
E01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MEISSEN	186	0	10577	\$1967322	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 1967322</b>	<b>UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIDOSPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-04-01			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-08-31
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 3960029	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 2252901	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 2307548	1890
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	ABRIL			\$ 2062515	
2	MAYO			\$ 1967322	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	JUNIO	\$ 1967322
4	JULIO	\$ 2094246
5	AGOSTO	\$ 1967322
6	SEPTIEMBRE	\$ 2104823
7	OCTUBRE	\$ 1967322
8	NOVIEMBRE	\$ 1967322

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 10033342	\$ 18553820	\$ 16098194	\$ 2455626

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	Brindar a los pacientes información para la atención del servicio y direccionando a los demás servicios de salud y recibir atención.	Registro de formatos entregados a los pacientes.
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	Realizar actividades de higiene oral que aplique a los pacientes según la edad y la periodicidad.	Registro en historia clínica
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.	Atención a pacientes que acuden al servicio de higiene oral y odontología, brindando educación para el cuidado de la salud oral.	Registro en historia clínica
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).	Evolución de historia clínica de la atención brindada, información suministrada en la consulta, recomendaciones y educación,	Registro en historia clínica y formatos entregados al paciente.
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.	Ejecutar las obligaciones específicas acorde con los protocolos, guías, lineamientos, manuales que regulan el perfil.	Formato de la subred sur que aplica para este proceso

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
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.	Brindar a los pacientes información para la atención del servicio y direccionando a los demás servicios para una atención integral.	Formatos entregados a los pacientes.
7	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Cumplir con las actividades que corresponden 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.	Formato de la subred que aplique para este proceso.
8	Cumplir con los procesos de bioseguridad en salud oral acorde a la documentación institucional.	Realización de actividades diarias de asistencia al profesional, odontólogo, limpieza y desinfección de consultorios, lavado y empaque de instrumental a central de esterilización.	Formato de la subred sur que aplique para este proceso.
9	Realizar gestión de agendas del servicio de odontología.	Asignación de citas odontológicas según la disponibilidad de agendamiento.	Registro de citas agendadas en dinámica por profesional
10	Participación activa en procesos de habilitación, acreditación, certificación IAMII, ULC con diligenciamiento listas asistencia, pre y postest de apropiación de conocimiento.	Apoyar la atención de auditorias de entes de control, presentando la información y/o soportes requeridos que corresponden al objetivo del contrato.	Requisitos institucionales.
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Asistir a inducción programada por la subred integrada de servicios de salud sur E.S.E con el fin de contribuir al desarrollo 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 Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 1967322
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	OCTUBRE	2025	11	12	9494161688	-		
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					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 440500</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	004870283894	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LEIDY JOHANNA HERRERA CUERVO		2025-11-25 20:54:18	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LEIDY JOHANNA HERRERA CUERVO		2025-11-26 15:05:41	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2025-11-27 22:15:18	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-11-30 21:57:08	
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-12-10 12:42:17	

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.



**SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ**  
**ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022948383		HERRERA CUERVO LEIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 1378 sur 13 60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922976291	9494161688	I	2025/11/24	2025/11/12	BANCO DAVIVIENDA	0	\$469,000

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	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
1	CC	1022948383	HERRERA LEIDY	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF22	30	\$1,423,500	\$28,500	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	30	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022948383		HERRERA CUERO LEIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 137B sur 13 60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922976291	9494161688	I	2025/11/24	2025/11/12	BANCO DAVIVIENDA	0	\$469,000

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	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$469,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$469,000</b>	

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 Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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		
<input type="checkbox"/> ARL SURA 1022948383 CTO 5272-2025.pdf	ARL SURA 1022948383 CTO 5272-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Certificado curso manejo del duelo.pdf	Certificado curso manejo del duelo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Titulaciones Hepatitis B.pdf	Titulaciones Hepatitis B.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5272 USS MEISSEN ABRIL 2025.pdf	CTO 5272 USS MEISSEN ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5272 USS MEISSEN MAYO 2025.pdf	CTO 5272 USS MEISSEN MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5272 USS MARICHUELA JUNIO 2025.pdf (Archivado)	CTO 5272 USS MARICHUELA JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Vacuna Influenza 2025.pdf	Vacuna Influenza 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5272 USS MARICHUELA JULIO.pdf (Archivado)	CTO 5272 USS MARICHUELA JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5272 USS MARICHUELA JUNIO 2025.pdf	CTO 5272 USS MARICHUELA JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5272 USS MARICHUELA JULIO 2025.pdf	CTO 5272 USS MARICHUELA JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5272 USS MARICHUELA AGOSTO 2025.pdf	CTO 5272 USS MARICHUELA AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5272 USS MARICHUELA, USME, TUNAL SEPTIEMBRE 2025.pdf	CTO 5272 USS MARICHUELA, USME, TUNAL SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5272 USS MEISSEN OCTUBRE 2025.pdf	CTO 5272 USS MEISSEN OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar Evaluación de la Entidad Estatal