

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-11-01	Hasta:	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	MELBA YOLANDA CONTRERAS CONTRERAS		Número de Documento:	52459458	
Correo Electrónico:	yolicon17@hotmail.com		Número Telefónico:	3214175614	
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	Cargo:	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	Código Grado:	- 242-27

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5809-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	HIGIENISTA ORAL				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MARICHUELA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
E01VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	186	34	10577	\$2326940	124.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2326940	DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-05-20		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 3966815	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 2422133	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 2905149	1890
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MAYO		\$ 812754	
2		JUNIO		\$ 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	JULIO	\$ 2104823	
4	AGOSTO	\$ 2073092	
5	SEPTIEMBRE	\$ 2020207	
6	OCTUBRE	\$ 2094246	
7	NOVIEMBRE	\$ 2326940	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 6820050		\$ 16114147	\$ 13399384
			\$ 2714763
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 CONSULTA DE HIGIENE ORAL EN EL AREA DE ODONTOLOGIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR , DURANTE EL TIEMPO DE DISPONIBILIDAD INDICADO A SU PROPUESTA	AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
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	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.	PARTICIPAR SEGUN SU COMPETENCIA EN LA ATENCIÓN QUE DEBA REALIZAR EL CONTRATANTE A LOS DIFERENTES USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS QUE VIGILEN SU ACTUAR EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
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).	DILIGENCIAR DE FORMA CLARA , CORRECTA Y OPORTUNAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED Y LA HISTORIA CLINICA CUMPLIENDO CON LOS PARAMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE	PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL LIDER
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.	CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD ESE	PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL LIDER

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 ACTIVIDADES 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	REQUISITOS INSTITUCIONALES
8	Cumplir con los procesos de bioseguridad en salud oral acorde a la documentación institucional.	PROMOVER EN LOS USUARIOS LA GENERACIÓN DE ESTILOS , HABITOS Y CONDUCTAS DE VIDA SALUDABLE , MEDIANTE ACCIONES DE EDUCACIÓN . RIPS,INFORME DE ACTIVIDADES	RIPS,INFORME DE ACTIVIDADES
9	Realizar gestión de agendas del servicio de odontología.	CUMPLIR CON 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
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 CORRESPONDAN 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 FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO	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 LOS 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 Mes Anterior	de el	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1076356915	-			\$ 2094246
2025	OCTUBRE	2025	11	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA 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					SÁNTAS		\$ 177938	\$ 178000	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700	
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 413129	\$ 440500	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	477370055451

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MELBA YOLANDA CONTRERAS CONTRERAS	2025-11-27 17:07:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2025-11-27 18:35:53
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-11-30 21:57:37
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 12:41:22

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
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

Datos guardados

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		
☐	ARL SURA 52459458 CTO 5809-2025.pdf	ARL SURA 52459458 CTO 5809-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTO 5809-2025 MAYO.pdf	CTO 5809-2025 MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO5809-2025 JUNIO.pdf	CTO5809-2025 JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5809-2025 JULIO.pdf	CTO 5809-2025 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5809-2025 AGOSTO	ilovepdf_merged(1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5809-2025 SEPTIEMBRE.pdf	CTO 5809-2025 SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 5809-2025 OCTUBRE.pdf	CTO 5809-2025 OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

PAGADO 11/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MELBA YOLANDA CONTRERAS CONTRERAS		
Documento	CC52459458	Dirección	CL 47 SUR #27 - 63
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4815305
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TAP	TDP	USP	COR	SIN	IGE	LVA	VAC	VAP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52459458	MELBA YOLANDA CONTRERAS CONTRERAS	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.423.500	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000	\$ 0	\$ 469.000