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:**	2026-01-01	**Hasta:**	2026-01-31	
Nombre del Contratista:	JENNIFER ROMERO VILLAREAL		**Número de Documento:**	1018404942	
Correo Electrónico:	je.lu.s1018@gmail.com		**Número Telefónico:**	3123455996	
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	**Cargo:**	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	**Código - Grado:**	242-27

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3368-2025	**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 EL CARMEN - MATERNO INFANTIL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
E01UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MARICHUELA	186	4	10577	$2009630	107.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2009630**	**DOS MILLONES NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTAPESOS**					

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	$ 5473366	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 1999053	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 2714763	1890
4	2026-01-10	2026-01-31	4	$ 1621807	80
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 742516	

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 1976698
3	MARZO	$ 1967322
4	ABRIL	$ 1967322
5	MAYO	$ 2115400
6	JUNIO	$ 2326940
7	JULIO	$ 2326940
8	AGOSTO	$ 2326940
9	SEPTIEMBRE	$ 1999053
10	OCTUBRE	$ 2326940
11	NOVIEMBRE	$ 2326940
12	DICIEMBRE	$ 2326940

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14930592	**$ 26739581**	**$ 24729951**	**$ 2009630**

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 ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION	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	SI EL SERVICIO REQUIERE ATENCION DE PACIENTES PARA PROMOCION Y PREVENCION POR HIGIENE ORAL	SE DAN RECOMENDACIONES AL PACIENTE Y/O FAMILIA EN EDUCACION EN SALUD ORAL
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.	ATENCION A USUARIOS QUE REQUIERAN SERVICIOS DE ODONTOLOGIA	REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES

© Siasur - 2026

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).	DILIGENCIAAMIENTO DEL ODONTOGRAMA QUE REQUIERE EL PROFESIONAL	CLÍNICA DE HISTORIA
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.	SE REALIZA LA RESPECTIVA ACTUALIZACION DE LOS FORMATOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y ACTUALIZACION SI LO REQUIERE DE LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD	SE LLEVA LOS FORMATOS DEL AREA DILIGENCIADOS Y SE RECUERDA AL PROFESIONAL SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SE MANEJAN LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD TANTO PARA EL PACIENTE COMO PARA EL CUIDADO DE NOSOTROS
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 INFORMACION PARA LA ATENCION DEL SERVICIO Y DIRECCIONANDO A LOS DEMAS SERVICIOS PARA UNA ATENCION INTEGRAL.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
7	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	SE VERIFICA HISTORIAS CLINICAS DE SALUD ORAL , SE VERIFICA LAS NECESIDADES DE CADA PACIENTE	SE ESTA REALIZANDO SCANEO Y CARGUE DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE PLAN DE CONTINGENCIA AL APLICATIVO DIMANICA WEB
8	Cumplir con los procesos de bioseguridad en salud oral acorde a la documentación institucional.	SE VERIFICAN LAS ACTUALIZACIONES A LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD TANTO PARA EL PACIENTE COMO PARA LOS COLBORADORES DE LA SUBRED	SE REALIZA LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CADA UNIDAD ODONTOLOGIA SEGUN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD ESTERLIZACION SEGUN PROTOCOLO
9	Realizar gestión de agendas del servicio de odontología.	SE REVISA A DIARIO LA DISPONIBILIDAD DE LAS AGENDAS DEL SERVICIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE AGENDAS LLENAS	SE ASIGNAN CITAS DESDE EL SERVICIO PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE PARA REALIZAN TRATAMIENTO TERMINADOS SE AGENDAN DOS PACIENTES EXTRAS A CADA PROFESIONAL PARA REEMPLAZAR LAS INASISTENCIAS CON AUTORIZACION DE LOS MISMOS
10	Participación activa en procesos de habilitación, acreditación, certificación IAMII, ULC con diligenciamiento listas asistencia, pre y postest de apropiación de conocimiento.	ASISTO A REUNIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED PARA CAPACITACIONES	SE REALIZAN CURSOS REQUERIDOS POR LA SUBRED SE REALIZAN PRE Y POSTEST DESPUES DE LAS REUNIONES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION	FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO

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	$ 2326940
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	92641284	-		
2025	DICIEMBRE	2026	01	02				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTAPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 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	0570007590395021

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL	2026-01-20 20:02:13
RECHAZADO SUPERVISOR	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-01-20 21:06:04
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL	2026-01-21 06:25:57
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-01-21 06:51:03
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-01-22 11:57:16

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.



© Siasur - 2026

© Siasur - 2026

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

○ 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 3368-2025 ENERO 21 AL 31 USS BETANIA JENIFER ROMERO..pdf.pdf	CTO 3368-2025 ENERO 21 AL 31 USS BETANIA JENIFER ROMERO..pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3368-2025 FEBRERO USS BETANIA JENIFER ROMERO..pdf	CTO 3368-2025 FEBRERO USS BETANIA JENIFER ROMERO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3368-2025 MARZO USS BETANIA JENIFER ROMERO..pdf	CTO 3368-2025 MARZO USS BETANIA JENIFER ROMERO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3368-2025 ABRIL USS BETANIA JENIFER ROMERO...pdf	CTO 3368-2025 ABRIL USS BETANIA JENIFER ROMERO...pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	CTO 3368-2025 MAYO USS BETANIA JENIFER ROMERO...pdf.pdf	CTO 3368-2025 MAYO USS BETANIA JENIFER ROMERO...pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3368-2025 JUNIO USS BETANIA JENIFER ROMERO..pdf	CTO 3368-2025 JUNIO USS BETANIA JENIFER ROMERO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 3368-2025 JULIO CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO..pdf.pdf (Archivado)	CTO 3368-2025 JULIO CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO..pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3368-2025 JULIO CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO..pdf.corregido.pdf	CTO 3368-2025 JULIO CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO..pdf.corregido.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3368-2025 AGOSTO CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	CTO 3368-2025 AGOSTO CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3368-2025 SEPTIEMBRE CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	CTO 3368-2025 SEPTIEMBRE CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3368-2025 OCTUBRE CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	CTO 3368-2025 OCTUBRE CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3368-2025 NOVIEMBRE CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf.pdf	CTO 3368-2025 NOVIEMBRE CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3368-2025 DICIEMBRE CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	CTO 3368-2025 DICIEMBRE CAPS MARICHUELA JENIFER ROMERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018404942	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL	CLL 84 B SUR 8 D 18	7687548	je.lu.s1018@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	92641284	$469.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018404942	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL		CLL 84 B SUR 8 D 18	7687548	je.lu.s1018@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	92641284	$469.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018404942	ROMERO VILLARREAL JENNIFFER	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información