

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-01-01	Hasta:	2026-01-31	
Nombre Contratista:	del	LEIDY JOHANNA HERRERA CUERVO		Número de Documento:	1022948383
Correo Electrónico:	johis19.jh@gmail.com			Número Telefónico:	3144882078
Nombre Supervisor:	del	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	Cargo:	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	Código Grado: - 242-27

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5272-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	HIGIENISTA ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	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	185	0	10577	\$1956745	99.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1956745	UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-04-01			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	\$ 3960029	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 2252901	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 2307548	1890
4	2026-01-10	2026-01-31	4	\$ 1648249	80
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	ABRIL			\$ 2062515	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	MAYO	\$ 1967322	
3	JUNIO	\$ 1967322	
4	JULIO	\$ 2094246	
5	AGOSTO	\$ 1967322	
6	SEPTIEMBRE	\$ 2104823	
7	OCTUBRE	\$ 1967322	
8	NOVIEMBRE	\$ 1967322	
9	DICIEMBRE	\$ 2136554	
10	ENERO	\$ 1956745	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 10033342		\$ 20202069	\$ 20191493
			SALDO DEL CONTRATO
			\$ 10576
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.

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.	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
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, síndicos, 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 IAMI, ULC con diligenciamiento listas asistencia, pre y postest de apropiación de conocimiento.	Apoyar la atención de auditorías de antes 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 de el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	DICIEMBRE	2026	01	06	9497606824	-	\$ 2136554	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CIENTOTREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATROPESOS			
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
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		2026-01-22 12:17:43		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				LEIDY JOHANNA HERRERA CUERVO		2026-01-23 14:17:38		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2026-01-24 20:00:14		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-01-28 09:45:23		
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		2026-02-16 14:39:20		

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	Dirección	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
2025-12	2025-12	2063185504	9497606824	I	2026/01/22	2026/01/06	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	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$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
Total	Afiliados (1)				\$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 CUERVO 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
2025-12	2025-12	2063185504	9497606824	I	2026/01/22	2026/01/06	BANCO DAVIVIENDA	0	\$469,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	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	
TOTAL				1	\$469,000	\$0	\$0	\$469,000	



Aumentar el contraste



UTC -5 11:45:03
LEIDY JOHANNA HER...



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

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		
<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
<input type="checkbox"/> CTO 5272 USS MEISSEN NOVIEMBRE.pdf	CTO 5272 USS MEISSEN NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 5272 USS MEISSEN DICIEMBRE.pdf	CTO 5272 USS MEISSEN DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >