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:**	2026-02-02	**Hasta:**	2026-02-28	
Nombre del Contratista:	JENNIFER RIVERA MANRIQUE		**Número de Documento:**	53093607	
Correo Electrónico:	jenriverma992@gmail.com		**Número Telefónico:**	3133897644	
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	**Cargo:**	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	**Código - Grado:**	242-27

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1880-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	295
Perfil:	HIGIENISTA ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MANUELA BELTRÁN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
E01VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	180	0	12620	$2271600	100.1%
E01VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	6	0	12620	$75720	3.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2347320**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-02	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 2347320	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11736600	**$ 11736600**	**$ 2347320**	**$ 9389280**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios especializados en Higiene Oral, de manera autónoma e independiente, conforme a la Lex Artis, atendiendo las necesidades asistenciales de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.	Realización de las actividades diarias de asistencia al profesional odontólogo, limpieza y desinfección de consultorio, lava do y empaque de instrumental a central de esterilización etc.	Formato de la subred sur que aplica para este proceso.
2	Desarrollar planes de intervención en promoción y prevención en salud oral, dirigidos a los pacientes que consulten los servicios de LA SUBRED SUR E.S.E., de acuerdo con el modelo de atención institucional, efectuando el acompañamiento clínico requerido hasta el egreso del usuario y/o el seguimiento ambulatorio que resulte pertinente.	Atención a usuarios que requieren el servicio de odontología.	Registro de formatos entregados a los pacientes.
3	Ejecutar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de hábitos saludables, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, a nivel individual, familiar y comunitario, conforme a los lineamientos técnicos definidos por la Entidad.	Realización de actividades diarias de asistencia al profesional odontólogo, limpieza y desinfección de consultorios, lavado y empaque de instrumental a central de esterilización etc.	Formato de la subred sur que aplica para este proceso.
4	Diligenciar y registrar la información correspondiente a la atención brindada, incluyendo la intervención realizada y el plan de cuidados en salud oral, de forma integral, secuencial, clara y oportuna, simultánea o inmediatamente después de su ejecución, conforme a los criterios de racionalidad científica y a la normatividad vigente, en especial la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan.	Apoyar la atención de auditorias de entes de control, presentando la información y/o soportes requeridos que correspondan al objetivo del contrato.	Requisitos institucionales.
5	Contribuir técnicamente a la elaboración, revisión o actualización de formatos, guías, protocolos y procedimientos en salud oral, cuando sea requerido, así como al diligenciamiento del consentimiento informado en los casos aplicables, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	Brindando a los pacientes información para la atención del servicio y direccionando a los demás servicios para una atención integral.	Registro de formatos entregados a los pacientes.
6	Apoyar técnicamente la identificación, caracterización, orientación y seguimiento de los usuarios, así como su canalización a las diferentes rutas integrales de atención en salud, incluyendo la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores sanitarios, mediante la entrega de informes, listas de chequeo, consentimientos informados y demás soportes técnicos que sean requeridos.	Realización de actividades diarias de asistencia al profesional odontólogo, limpieza y desinfección de consultorios, lavado y empaque de instrumental a central de esterilización etc.	Formato de la subred sur que aplica para este proceso.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Apoyar acciones asistenciales con los equipos misionales, exclusivamente en el marco del objeto contractual, para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme a la normatividad legal vigente y respetando la autonomía profesional del contratista.	Brindar atención humana eficaz y de calidad tanto al cliente interno como externo que requiera el servicio.	Requisitos institucionales.
8	Aplicar las medidas y procedimientos de bioseguridad en salud oral, de acuerdo con los lineamientos técnicos y la documentación institucional vigente, durante la ejecución de las actividades propias del servicio contratado.	Ejecutar las obligaciones especificas acorde con los protocolos, guías, lineamientos, manuales que regulan el perfil.	Formato de la subred sur que aplica para este proceso.
9	Realizar el apoyo técnico en la organización y gestión de la agenda del servicio de odontología, cuando sea requerido para la adecuada prestación del servicio, sin que ello implique asignación de funciones administrativas permanentes.	Brindando a los pacientes información para la atención del servicio y direccionando a los demás servicios para una atención integral.	Registro de formatos entregados a los pacientes
10	Participar en procesos de habilitación, acreditación y certificación institucional, tales como IAMII y ULC, mediante el diligenciamiento de listas de asistencia, instrumentos de evaluación pre y postest y demás actividades técnicas necesarias para la apropiación del 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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Formato de la subred sur que aplica para este proceso.
11	Ejecutar otras actividades propias del perfil de Higienista Oral, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., sin que se configure subordinación laboral ni asignación de funciones distintas a las pactadas.	Asistir a inducción o reinducción 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 de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 1967322
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	50644089	-		
2026	ENERO	2026	02	12				
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	PROTECCIÓN	$ 1692541.5	$ 270807	$ 281900
Salud		COMPENSAR		$ 211568	$ 220200
ARL	3	SURA		$ 41230	$ 43000
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 491210**	$ 545100

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488405465821

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENNIFER RIVERA MANRIQUE	2026-02-23 08:15:57
RECHAZADO SUPERVISOR	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-02-23 22:25:52
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENNIFER RIVERA MANRIQUE	2026-02-25 08:18:01
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-02-25 08:24:08
ACEPTADO CONTRATACIÓN	EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA	2026-02-26 14:59:00
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	2026-03-11 12:24:27

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

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	53093607	JENNIFER RIVERA MANRIQUE		TR 34 NO 24 42 TO 13 AP 103 GERANIO CIUDAD VERDE	9010380	RANANANYS@YAHOO.ES	
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	
2026-01	2026-01	I	12/02/2026	50644089	$580.500	

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	218.900	0		0		0	9	1.300	0	220.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	9	1.700	0	281.900	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	42.700				42.700	9	300	43.000			427	43.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	9	300	35.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	218.900	220.200
Pensión	1	280.200	281.900
Riesgos Laborales	1	42.700	43.000
CCF	1	35.100	35.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	580.500

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
CC	53093607	JENNIFER RIVERA MANRIQUE		TR 34 NO 24 42 TO 13 AP 103 GERANIO CIUDAD VERDE	9010380	RANANANYS@YAHOO.ES
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	I	12/02/2026	50644089	$580.500

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	Exonerado	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	53093607	RIVERA MANRIQUE JENNIFER	57	0			N																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700	CCF24	1.750.905	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste UTC -5 6:54:42 jennifer rivera m...

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

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

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTO 3367 - 2025 - ENERO - CANDELARIA LA NUEVA - JENNIFER.pdf	CTO 3367 - 2025 - ENERO - CANDELARIA LA NUEVA - JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3367-FEBRERO-USS CANDELARIA LA NUEVA-53093607.pdf	CTO-3367-FEBRERO-USS CANDELARIA LA NUEVA-53093607.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3367-2025 MARZO - CANDELARIA LA NUEVA - JENNIFER RIVERA.pdf	CTO 3367-2025 MARZO - CANDELARIA LA NUEVA - JENNIFER RIVERA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO-3367-2025 ABRIL- CANDELARIA LA NUEVA-JENNFER RIVERA.pdf (Archivado)	CTO-3367-2025 ABRIL- CANDELARIA LA NUEVA-JENNFER RIVERA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3367-2025 ABRIL- CANDELARIA LA NUEVA-JENNFER RIVERA.pdf1.pdf	CTO-3367-2025 ABRIL- CANDELARIA LA NUEVA-JENNFER RIVERA.pdf1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO-3367-2025-MAYO-MANUELA BELTRAN- JENNIFER.pdf (Archivado)	CTO-3367-2025-MAYO-MANUELA BELTRAN- JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3367-2025-MAYO- MANUELA BELTRAN- JENNIFER 2.pdf	CTO 3367-2025-MAYO- MANUELA BELTRAN- JENNIFER 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3367-2025 JUNIO- SDS MANUELA BELTRAN-JENNIFER.pdf	CTO 3367-2025 JUNIO- SDS MANUELA BELTRAN-JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO-3367-2025 JULIO- SDS MANUELA BELTRAN.pdf	CTO-3367-2025 JULIO- SDS MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3367-2025 AGOSTO- USS MANUELABELTRAN-JENNIFER.pdf	CTO 3367-2025 - USS MANUELABELTRAN-AGOSTO-JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3367-2025-SEPTIEMBRE USS MANUELABELTRAN-53093607 JENNIFER.pdf	CTO 3367-2025-SEPTIEMBRE USS MANUELABELTRAN-53093607 JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3367-2025-OCTUBRE USS MANUELA BELTRAN- JENNIFER.pdf	CTO 3367-2025-OCTUBRE USS MANUELA BELTRAN- JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3367-2025-NOVIEMBRE-USS MANUELA BELTRAN-JENNIFER.pdf	CTO 3367-2025-NOVIEMBRE-USS MANUELA BELTRAN-JENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3367-DICIEMBRE 2025 -USS MANUELA BELTRAN-53093607.pdf	CTO 3367-DICIEMBRE 2025 -USS MANUELA BELTRAN-53093607.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3367-2025 ENERO-2026 USS MANUELA BELTRAN 53093607 JENNIFER RIVERA.pdf	CTO 3367-2025 ENERO-2026 USS MANUELA BELTRAN 53093607 JENNIFER RIVERA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >