| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2026-05-01 | **Hasta:** | 2026-05-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | ANA YUDIRA VALDES TIMOTE | | **Número de Documento:** | 52857798 | |
| **Correo Electrónico:** | yudival1982@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3208818640 | |
| **Nombre del Supervisor:** | REYES MURILLO HIGUERA | **Cargo:** | SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | **Código - Grado:** | AG |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1873-2026 | **Año Contrato:** | 2026 | **CDP Contrato Inicial:** | 295 |
| **Perfil:** | HIGIENISTA ORAL | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS CANDELARIA LA NUEVA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E01VAN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS CANDELARIA LA NUEVA | 160 | 7 | 12620 | $2107540 | 89.8% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2107540** | **DOS MILLONES CIENTOSIETE MIL QUINIENTOS CUARENTAPESOS** | | | | | |

## 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 | |
| 2 | ABRIL | $ 2258980 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 11736600** | **$ 11736600** | **$ 4606300** | **$ 7130300** |

| 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. | REALIZACION DE ACTIVIDAES 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 |
| 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. | -ATENCION A USUARIOS QUE REQUIEREN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA | FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO |
| 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. | -REALIZACION DE ACTIVIDAES 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 |
| 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 LENTES DE CONTROL PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y / O SOPORTES REQUERIDA QUE CORRESPONDAN AL OBJETIVO DEL CONTRATO | -REQUISITOS INSTITUCIONALE |
| 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 INFORMACION PARA LA ATENCION DEL SERVICIO Y DIRECCIONANDO A LOS DEMAS SERVICIOS PARA UNA ATENCION INTEGRAL. | -REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTE |
| 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. | -REALIZACION DE ACTIVIDAES 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 |


***© Siasur - 2026***

| 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 ATENCION 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 GUIAS 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 INFORMACION PARA LA ATENCION DEL SERVICIO Y DIRECCIONANDO A LOS DEMAS SERVICIOS PARA UNA ATENCION 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 LA 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 |
| 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. | -FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO | -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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 8375108775 | - | | $ 2258980 |
| 2026 | ABRIL | 2026 | 05 | 11 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTAPESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1750905 | $ 280145 | **$ 280200** |
| Salud | | COMPENSAR EPS | | $ 218863 | **$ 218900** |
| ARL | 3 | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | | $ 42652 | **$ 42700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 508148** | **$ 541800** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 004870452648 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANA YUDIRIA TIMOTE | 2026-05-21 15:42:26 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANA YUDIRIA TIMOTE | 2026-05-22 09:49:13 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | REYES MURILLO HIGUERA | 2026-05-23 07:09:35 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANA YUDIRIA TIMOTE | 2026-05-25 08:51:43 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | REYES MURILLO HIGUERA | 2026-05-25 19:31:50 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2026-05-28 16:57:49 |

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.



**REYES MURILLO HIGUERA**
**SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**


***© Siasur - 2026***

compensar | miplanilla.com



Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE
**No. Identificación:** CC52857798
**Dirección:** CALLE 62 SUR NO 32 - 25
**Telefono:** 7180127
**Correo:** yudival1982@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8375108775

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE |
| **Tipo y número de identificación** | CC52857798 |
| **Número de planilla** | 8375108775 |
| **Fecha pago** | 2026-05-11 |
| **Número de autorización pago** | 28178244 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | abril de 2026 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | abril de 2026 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 541800 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 42700 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 280200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 218900 | 1 |

8375108775

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52857798
APELLIDOS Y NOMBRES: ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 1750905 | 1750905 | 1750905 | 0 | 218900 | 0 | 280200 | 0 | 42700 | 0 |

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

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Cuenta ABRIL contrato #1873 2026.pdf (Archivado) | Cuenta ABRIL contrato #3976 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO FebreroNº1873-2026.pdf | CTO FebreroNº1873-2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO ABRIL N°1873-2026.pdf | CTO ABRIL N°1873-2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >