

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-05-01	Hasta:	2026-05-31			
Nombre Contratista:	del	GLORIA ESTELLA VILLADA HENAO	Número de Documento:	38756018			
Correo Electrónico:	gevh_198009@hotmail.com		Número Telefónico:	3213875492			
Nombre Supervisor:	del	REYES MURILLO HIGUERA	Cargo:	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Código Grado:	-	AG

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1871-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	295
Perfil:	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
E01TNCP	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CAPS TUNAL	186	0	12620	\$2347320	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2347320	DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-01	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	MARZO	\$ 2347320	
3	ABRIL	\$ 2347320	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 11736600	\$ 11736600	\$ 7041960	\$ 4694640

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de apoyo en salud oral en calidad de Auxiliar, de manera autónoma y 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 (SGSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable, brindando apoyo técnico a los profesionales del área exclusivamente en el marco del objeto contractual.	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	Aplicar y cumplir los procedimientos de bioseguridad en salud oral, de acuerdo con los lineamientos técnicos y la documentación institucional vigente, durante el desarrollo de las actividades propias del servicio contratado.	-ATENCIÓN A USUARIOS QUE REQUIEREN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
3	Apoyar técnicamente la organización y gestión de la agenda del servicio de odontología, cuando sea requerido para la adecuada prestación del servicio, sin que ello implique el ejercicio de funciones administrativas permanentes ni subordinación laboral.	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	Desarrollar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el fortalecimiento del autocuidado y la socialización de derechos y deberes de los usuarios, a nivel individual, familiar y comunitario.	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	Ejecutar las actividades de apoyo conforme al modelo de atención institucional, en el marco de los lineamientos técnicos definidos por LA SUBRED SUR E.S.E., sin que ello implique sujeción jerárquica distinta a la verificación del cumplimiento contractual.	CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E	-PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL LIDER
6	Apoyar el registro de 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 la prestación del servicio, conforme 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 A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN PRO DE UNA MEJOR ATENCIÓN .	-PROGRAMACIÓN POR PARTE DEL LIDER
7	Contribuir técnicamente al diligenciamiento de fichas epidemiológicas, así como a la elaboración, revisión o actualización de formatos, guías, protocolos y procedimientos de salud oral, cuando sea requerido, garantizando en todo caso el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-BRINDAR ATENCIÓN HUMANA, EFICAZ Y CALIDA TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO QUE REQUIERE EL SERVICIO.	-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
8	Apoyar técnicamente la identificación, caracterización, orientación, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores sanitarios relacionados con el servicio.	-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	Elaborar y remitir los informes, listas de chequeo, consentimientos informados y demás soportes técnicos solicitados, de manera confiable y oportuna, incluyendo información relacionada con inasistencias, causas de inatención, reportes al SIVIGILA/SISVESO u otros sistemas aplicables.	-BRINDANDO ALAS 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 S ACTIVIDADES QUE CORRESPONDEN AL OBJETO 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 Auxiliar en Salud 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	PROMOVER EN LOS USUARIOS LA GENERACIÓN DE ESTILOS , HABITOS Y CONDUCTAS DE VIDA SALUDABLE , MEDIANTE ACCIONES DE EDUCACIÓN .	-RIPS, INFORME DE ACTIVIDADES

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	\$ 2347320
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	05	12	9503344432	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS			
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					SALUD TOTAL EPS S.A.		\$ 218863	\$ 218900
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 508148	\$ 541800
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488445702050		
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					GLORIA ESTELLA VILLADA HENAO		2026-05-20 13:20:14	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					REYES MURILLO HIGUERA		2026-05-20 14:50:49	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-05-25 12:02:42	

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



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 9:43:25

GLORIA ESTELLA VI...



Buscar...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

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		
<input type="checkbox"/>	CTO1871 FEBRERO 2026 CAPS TUNAL.pdf	CTO1871 FEBRERO 2026 CAPS TUNAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	Diploma Gloria.pdf	Diploma Gloria.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	HOJA DE VIDA GLORIA.pdf	HOJA DE VIDA GLORIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO1871 MARZO 2026 CAPS TUNAL.pdf.pdf	CTO1871 MARZO 2026 CAPS TUNAL.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO 1871 ABRIL 2026 TUNAL.pdf.pdf.pdf	CTO 1871 ABRIL 2026 TUNAL.pdf.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Económica SEIMA e ICBF
Identificación de	Razón Social	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	SN DIRECCION	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2903348	No
CC: 80756018	VILLADA HERMO GORRIA ESTELA						
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Tipo Planilla	Fecha	Pago	Valor		
Periodo	Clave	Planilla	Limite	Banco	Valor		
2026-04	903244432	I	2026-05-07	2026/05/12 BANCO DANVUENDA	\$579,200		
Pensión Salud	Salud	Planilla	Limite	Pago <td>Valor</td>	Valor		
2026-04	301914652	I	2026-05-07	5	\$579,200		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	PENSIÓN			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
			BC	Código	Días	IBC	Código	Días	IBC	Código	Días	IBC	Código	Días	IBC	Código	Días	IBC
Sucursal Principal (1 Afiliados)			\$1,750,905		\$280,200	\$1,750,905	\$218,900	\$1,750,905	\$35,100	\$1,750,905	\$42,700	\$1,750,905	\$42,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Centro de Trabajo Principal (1 Afiliados)			\$1,750,905		\$280,200	\$1,750,905	\$218,900	\$1,750,905	\$35,100	\$1,750,905	\$42,700	\$1,750,905	\$42,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Código: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)			\$1,750,905		\$280,200	\$1,750,905	\$218,900	\$1,750,905	\$35,100	\$1,750,905	\$42,700	\$1,750,905	\$42,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1	CC 18756018	VILLADA GORRIA	25-14	30	\$1729,905	EP5003	\$18,900	\$1729,905	CC77-4	30	\$33,000	14-11	30	\$1729,905	\$42,700	30	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)		\$1,750,905		\$280,200	\$1,750,905	\$218,900	\$1,750,905	\$35,100	\$1,750,905	\$42,700	\$1,750,905	\$42,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEM e ICBF	No
CC 3075018		VILLADA HENAO GLORIA ESTELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	SIN DIRECCION	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2790348		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
2026-04	301914832	93034432		1	2026/05/07	2026/05/12	BANCO DAVIVIENDA	5	\$579.200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$280.200	\$1.100	\$0	\$281.300	
COLPENSIONES	25-14	900.336.004	7	\$280.200	\$1.100	\$0	\$281.300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$42.700	\$200	\$0	\$42.900	
ARL SURA	14-11	890.903.790	5	\$42.700	\$200	\$0	\$42.900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$35.100	\$200	\$0	\$35.300	
COMPENSAR	CCF24	860.066.942	7	\$35.100	\$200	\$0	\$35.300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$218.900	\$800	\$0	\$219.700	
SALUD TOTAL	EPS002	800.130.907	4	\$218.900	\$800	\$0	\$219.700	
TOTAL			1	\$576.900	\$2.300	\$0	\$579.200	