



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**

**INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS**



**DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2026-05-01	<b>Hasta:</b>	2026-05-31	
<b>Nombre Contratista:</b>	del	DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO		<b>Número de Documento:</b>	53130298
<b>Correo Electrónico:</b>	dimajireb@hotmail.com			<b>Número Telefónico:</b>	3057962764
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	REYES MURILLO HIGUERA	<b>Cargo:</b>	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	<b>Código Grado:</b> - AG

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	1884-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	295
<b>Perfil:</b>	HIGIENISTA ORAL				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS LA REFORMA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
E01UL	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS DANUBIO AZUL	7	0	12620	\$88340	3.8%
E01UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MARICHUELA	6	0	12620	\$75720	3.2%
E01UG	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS LA REFORMA	164	0	12620	\$2069680	88.2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 2233740	<b>DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTAPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2026-02-02	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2026-06-30
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	FEBRERO	\$ 2347320	
2	MARZO	\$ 2460900	
3	ABRIL	\$ 2233740	
		Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur -- Código postal: 110611	

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>			
4	MAYO	\$ 2233740	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 11736600	\$ 11736600	\$ 9275700	\$ 2460900
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>	
1	<p>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.</p>	<p>-Ejecutar las labores asistenciales en salud oral siguiendo los flujos de trabajo y directrices institucionales vigentes, -</p>	<p>-agenda diaria de pacientes y programación</p>
2	<p>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.</p>	<p>-atender a los usuarios según la agenda asignada y los que soliciten el servicio, en cumplimiento de las actividades asegurando la calidad en la prestación del servicio siguiendo directrices -</p>	<p>-agenda diaria de pacientes</p>
3	<p>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.</p>	<p>-Desarrollar actividades de comunicación en salud oral a nivel individual y comunitario, siguiendo las instrucciones y reportando los avances para la validación y control de cumplimiento de indicadores de la sub red sur -</p>	<p>-formatos y evidencias de promoción</p>
4	<p>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.</p>	<p>-Apoyar el diligenciamiento de los registros de atención y planes de cuidado, atendiendo a las indicaciones del profesional a cargo y bajo los lineamientos de la normatividad vigente, garantizando la oportunidad del registro según la operatividad diaria establecida por la subred sur -</p>	<p>-historia clínica</p>
5	<p>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.</p>	<p>-Apoyar la actualización de formatos y guías de salud oral atendiendo a los requerimientos y asignaciones específicas de la adherencia a procesos y guías socializadas -</p>	<p>-formatos usados en cada proceso</p>

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
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.	-Apoyar técnicamente la identificación y seguimiento de usuarios conforme a las directrices y asignaciones impartidas por la supervisión, realizando la canalización a rutas de atención y consolidando la información de indicadores -	-formatos y requerimientos definidos por la Subred Sur
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.	-Aplicación de protocolos y guías de manejo clínico según las instrucciones recibidas por la coordinación del área -	-formatos usados para cada proceso
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 los procedimientos de bioseguridad en salud oral acatando estrictamente las instrucciones técnicas impartidas por la Subred Sur, utilizando los insumos y siguiendo la documentación institucional vigente	---formatos de la subred que aplican a 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.	-Brindar apoyo técnico en la ejecución de la agenda del servicio de odontología, ajustando la actividad profesional a la programación y asignación de citas definida por la entidad, atendiendo a los requerimientos operativos necesarios para la continuidad del servicio -	-programación y agenda diaria de 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 los procesos de acreditación y certificación institucional (IAMII y ULC) según las directrices impartidas, garantizando el registro de asistencia y la aprobación de evaluaciones técnicas conforme a las exigencias de la Subred sur.	---formatos elaborados para estas actividades
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.	--Ejecución de actividades de apoyo al servicio de odontología, realizadas siguiendo instrucciones específicas impartidas para la jornada -	--oportuna prestación del servicio

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				
2026	ABRIL	2026	05	11	9504228481	-	\$ 2233740	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTAPESOS			
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					CAPITAL SALUD EPS		\$ 218863	\$ 218900
ARL				3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 541800</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24085445181	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO		2026-05-25 00:04:13	
RECHAZADO SUPERVISOR					REYES MURILLO HIGUERA		2026-05-25 06:37:01	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DIANA MARCELA JIMENEZ RESTREPO		2026-05-25 21:09:51	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					REYES MURILLO HIGUERA		2026-05-25 21:21:20	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-05-28 19:22:30	
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		2026-06-11 20:17:21	

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.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'R' with the initials 'MH' written inside it.

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

- 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 Contr...
- 9 Incumplimientos

## ✓ Datos guardados

### 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

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CTO 1884 Enero REFORMADIANA JIMENEZ.pdf (Archivado)	CTO 1884 Enero REFORMADIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> hoja de vida SIDEAP.pdf	hoja de vida SIDEAP.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> título.pdf	título.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1884 FEBRERO2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 1884 FEBRERO2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1884 marzo 2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 1884 marzo 2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1884 abril 2026 REFORMA DIANA JIMENEZ.pdf	CTO 1884 abril 2026 REFORMADIANA JIMENEZ.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

## ✓ Datos guardados

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53130298		JIMENEZ RESTREPO DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 6 B EST 90 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057962764	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300147359	9504228481	I	2026/05/26	2026/05/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$541,800

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	53130298	JIMENEZ DIANA	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPSC34	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53130298		JIMENEZ RESTREPO DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 6 B EST 90 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057962764	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300147359	9504228481	I	2026/05/26	2026/05/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$541,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$541,800</b>	