	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V5

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-abr.-21	Hasta:	30-abr-21			
Nombre del Contratista:	OMAIRA MARTINEZ PINEDA		Cédula:	52460210			
Correo Electrónico:	mart2103200@hotmail.es		Teléfono(s):	3214535874			
Nombre del Supervisor - Planta:	MARISOL VELANDIA PEDRAZA		Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Código-Grado:	222-28	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO	001607	Año Contrato	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	INGENIERIA ORAL				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION AMBULATORIO				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS PARAISO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Ocultar					$ 8.150	$ 1.515.900	100,00%
ODONTOLOGIA GENERAL - USS PARAISO		PARAISO	E01VD	186			$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar						$ -	0,00%
CONVENIO APH								
SIRC	Mostrar							
RURALIDAD								
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Ocultar							0,00%
REMUNERACION							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.515.900	UN MILLON QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS PESOS						

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2	Febrero	$ 1.515.900
						3	Marzo	$ 1.515.900
						4	Abril	$ 1.515.900
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.547.700	$ 4.547.700	$ 4.547.700	$ -

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	PRESTAR SERVICIOS DE PERFIL INGENIERIA ORAL DE ACUERDO CON LA LEY ARTIS SEGUN NECESIDADES DE LA SUBRED SUR E.S.E DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSSS) SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES	REALIZACION DE ACTIVIDADES 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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CO-OPS-FT-11
2	REALIZAR ACTIVIDADES DE INFORMACION, EDUCACION, COMUNICACION ENCAMINADAS A PROMOVER Y PREVENIR LA ENFERMEDAD Y EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL FAMILIAR Y COMUNITARIA	ATENCION A USUARIOS QUE REQUIEREN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIE
3	REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LA INFORMACION DE LA INTERVENCION AL PACIENTE PLAN DE CUIDADOS DE LA SALUD ORAL SIMULTANEA O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZACION CON INTEGRALIDAD SECUENCIALIDAD RACIONALIDAD CIENTIFICA (LOGICA,CLARA,COMPLETA) Y DEMAS CRITERIOS QUE DEFINE EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O ENTES COMPETENTES QUE REGULA LA MATERIA (RESOLUCION 1995/1999 839/2017 NORMA QUE LA MODIFIQUE SUSTITUYA)	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
4	APOYAR LA ELABORACION ACTUALIZACION DE FORMATOS PROTOCOLOS, GUIAS,PROTOCOLOS DE SALUD ORAL Y ADHERIRSE A LOS MISMO, INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS PERTINENTES GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD	N.A	N.A
5	APOYAR EN LA IDENTIFICACION CARACTERIZACION INSCRIPCION MANEJO SEGUIMIENTOS Y CANALIZACION A USUARIOS A LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCION EN SALUD ASI COMO LA CONSOLIDACION DE INFORMACION PARA TRAZABILIDAD DE INDICADORES DE LA SALUD	REALIZACION DE PEDIDO MANEJO DE BODEGA DE INSUMOS Y KARDEX	FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
6	OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES	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

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.521.855
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	3	2021	04	12	42412434		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON QUINIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

ITEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO	COMPENSAR		$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA	BANCO DAVIVIENDA S.A	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	456370061875

OTAIPA MARTINEZ ACEDA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52 460 210
CC. NO. CONTRATISTA

MARISOL VELANDIA PEDRAZA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD E

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021 04 12

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	52460210	OMAIRA MARTINEZ PINEDA	CALLE 69 N 18 42 SUR	3214565874	MART2103200@HOTMAIL.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	12/04/2021	49412434	$281.200	

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	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

PAGADA

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	52460210	OMAIRA MARTINEZ PINEDA	CALLE 69 N 18 42 SUR	3214565874	MART2103200@HOTMAIL.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	
2021-03	2021-03	I	12/04/2021	49412434	$281.200	

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	52460210	MARTINEZ PINEDA OMAIRA	59	0			N																	25-14	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA