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:**	2024-08-01	**Hasta:**	2024-08-31	
Nombre del Contratista:	ELKIN ALEXANDER RODRIGUEZ HERNANDEZ		**Número de Documento:**	1026287774	
Correo Electrónico:	ea.rodriguezh@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3112533761	
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	**Cargo:**	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3136-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	482
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (DIGITADOR - TRANSCRIPTOR)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
L02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	183	0	8900	$1628700	98.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1628700**	**UN MILLON SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-06-30	1	$ 4619100	1017
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 4378800	1555
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 2954800	2138

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 1975800
2	MARZO	$ 2002500

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	ABRIL	$ 1815600
4	MAYO	$ 1762200
5	JUNIO	$ 1699900
6	JULIO	$ 1788900
7	AGOSTO	$ 1628700

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4966200	**$ 16918900**	**$ 12673600**	**$ 4245300**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar servicios de apoyo en las areas asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta	Apoyo a atención al paciente, apoyar las labores del equipo de trabajo, solicitud de pedidos, llamado de pacientes e ingreso a consultorio. - --	--Servicio al paciente de óptima calidad sin evidenciar PQR. Firmas en el cuaderno de insumos
2	2. Realizar actividades de apoyo administrativo a los profesionales en el area de Imagenologia, de manera personal y con autonomia, en cumplimiento de las guias de manejo y protocolos propios del Subproceso.	-Registro diario en Excel de estudios tomados	-Bases de datos en Excel y formatos de limpieza y desinfección
3	3. Transcripcion de reportes de Imagenologia garantizando la veracidad del informe dictado por el medico radiologo,	-Transcripción de estudios	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
4	4. Garantizar que loS reportes queden en la historia clinica del paciente una vez validados por el medico radiologo.	-Revisión de estudios en dinámica, subir estudios adecuadamente a Dinámica	--Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
5	5. Conocer y aplicar los manuales, guias, protocolos y procedimientos establecidos en cada proceso, para obtener estandares satisfactorios en el desarrollo de sus actividades	--Se aplica protocolo de toma de ecografía, Doppler, limpieza y desinfección.	--Socializar el tema con los compañeros de área
6	6. Elaborar y entregar los informes necesarios y hacer su respectivo seguimiento.	--Se entrega informe de producción de médico radiólogo en Excel. - -	-Informes realizados en Word y entregados a jefe inmediato.
7	7. Realizar el registro diario de los estudios realizados por el especialista.	--Se lleva control en base de datos y libro de registro de intervencionismo .	-Bases de datos en Excel y cuaderno de procedimientos.

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	$ 1788900
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1109841016	-		
2024	**JULIO**	**2024**	**08**	**05**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS PESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1300000	$ 208000	**$ 208000**
Salud		FAMISANAR		$ 162500	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4800380430

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ELKIN ALEXANDER RODRIGUEZ HERNANDEZ	2024-08-24 11:41:16
RECHAZADO SUPERVISOR	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	2024-08-26 16:18:24
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ELKIN ALEXANDER RODRIGUEZ HERNANDEZ	2024-08-29 13:07:52
ACEPTADO SUPERVISIÓN	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	2024-08-29 20:42:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-08-30 21:58:16
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-09-13 08:23:25

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.

CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ
DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS