| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-04-01 | **Hasta:** | 2025-04-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | HUGO HERNANDO VILLARRAGA CELIS | | **Número de Documento:** | 1010194844 | |
| **Correo Electrónico:** | hugo.villa3@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3173020349 | |
| **Nombre del Supervisor:** | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | **Cargo:** | DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS | **Código - Grado:** | 009 - 05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4929-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | TÉCNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA LIBRADA I | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| L06TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS TUNAL | 186 | 6 | 13514 | $2594688 | 103.2% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2594688** | **DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-03-01 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-08-31 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | MARZO | $ 1756820 | |
| 2 | ABRIL | $ 2594688 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 15081624** | **$ 15081624** | **$ 4351508** | **$ 10730116** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios de perfil Tecnólogo en Radiología e Imágenes Diagnósticas acorde con la Lex Artis, según necesidad 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 demás normas concordantes. | REALIZACIÓN DE TOMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN LAS SEDES DONDE SE REQUIERA LA PRESTACION | sistema aquila ris y pacs |
| 2 | Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN LA USS ASIGANADA | registro de capacitaciones de pyp |
| 3 | Registrar en la historia clínica la informaciòn de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya). | SE REALIZA REGISTRO DE INFORMACION DE LA INTERVENCION AL PACIENTE CON INTEGRALIDAD | registro de información en historia clínica |
| 4 | Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de salud oral y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | VERIFICAR QUE LOS PACIENTES TENGAN LA PREPARACION NECESARIA PARA LA REALIZACION DE LOS EXAMENES CON MEDIO DE CONTRASTE ASI COMO EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA AUTORIZACION DEL EXAMEN A REAZLIAR | Consentimiento informado debidamente diligenciado |
| 5 | Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. | PRESENTACION ANTE EL USUARIO CON BUENA ACTITUD PARA BRINDAR APOYO E INFORMACION CORRECTAR | Entablar comunicación asertiva con el paciente |
| 6 | Velar por el correcto uso de los insumos que la Subred le confíe para la ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos. | REALIZACION DE LA BUENA GESTION DE LOS INSUMOS SUMINISTRADOS | Llenar formato de entrega de insumos por parte del líder |
| 7 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | SE REALIZA APOYO DE ENFERMERIA PARA MOVILIZAR AL PACIENTE Y ESTABILIZARLO, BUENO MANEJO DE TRATO DE PACIENTES Y PERSONAL DE LA SALUD CON UNA OPTIMA DISPOSICION | Realizar actividades asignadas de acuerdo al cronograma en la uss asignada |

## 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 | $ 1756820 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1071372238 | - | | |
| 2025 | MARZO | 2025 | 04 | 11 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS 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 | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 227800** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 177938 | **$ 178000** |
| ARL | 5 | SURA | | $ 0 | **$ 0** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 405800** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 488410485962 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | HUGO HERNANDO VILLARRAGA CELIS | 2025-04-27 01:37:27 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | 2025-04-27 19:36:15 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-04-28 17:52:56 |

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.

**MARIA CAROLINA LEAL APONTE**
**DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS**