

**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>	2024-02-01	<b>Hasta:</b>	2024-02-29
<b>Nombre del Contratista:</b>	RAFAEL EDUARDO CESPEDES GALINDO		<b>Número de Documento:</b>	1105305640
<b>Correo Electrónico:</b>	rafaelcespedes92@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3194237703
<b>Nombre del Supervisor:</b>	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	<b>Código Grado:</b> - 009-05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2923-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	480
<b>Perfil:</b>	TÉCNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS MEISSEN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
L06ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	180	0	12330	\$2219400	96.8%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 2219400	<b>DOS MILLONES DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-02-01	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2024-04-30
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 6880140	\$ 6880140	\$ 0	\$ 6880140

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 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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Toma de estudios de Imágenes Diagnosticas, de acuerdo al agendamiento asignado toma de estudios de los pacientes de urgencias - hospitalizacion - --	-Registrar en la historia clínica (Dinamica) la información del estudio tomado al paciente -Registrar en el aplicativo AQUILA el estudio tomado con la marcacion adecuada con las iniciales del tecnologo, con integralidad, secuencialidad, clara y completa
2	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.	--Portar el carnet de la Institución en la jornada asignada. -	--Presentación al usuario al inicio de la atención con buena actitud para brindar ayuda, apoyo, asesoría e información hasta el final de la atención.
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de salud oral, simultánea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya)	-Registrar en la HC la toma de estudios de Imágenes Diagnosticas de los pacientes atendidos de urgencias -hospitalizacion y consulta externa -	-Verificar que el paciente se encuentre con la preparación adecuada para la toma de los estudios con medio de contraste * Verificación de los Consentimientos informados que se encuentran firmados por los pacientes
4	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.	--Adherencia a los instructivos de la Institución en las actividades realizadas diariamente.	-Realizar el diligenciamiento de niveles de referencia, atendido del paciente en dinámica Gerencial y en el drive asignado para tal fin. -Firma del consentimiento informado
5	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.	-Diligenciamiento y Realizacion de limpieza y desinfeccion de los equipos utilizados en (Tac, Equipos de Rayos x, Equipo de Rayos x Portatiles, Arco en C) - Cumplir con las actividades del objeto contractual. - Atención con calidad, amabilidad al usuario. .	--Realizar presentación al usuario al inicio y final de la atención con buena actitud para brindar ayuda, apoyo, asesoría e información.
6	6) Velar por el correcto uso de los insumos que la Subred le confie para la ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos.	-Recibir y hacer uso de los elementos de protección al inicio de la jornada, para la protección personal. x	-Recibir y hacer uso de los elementos de protección al inicio de la jornada, para la protección personal. -Firma de los elementos de protección una vez sean entregados -Diligenciar los formatos de limpieza y desinfección de acuerdo a la rotación en los equipos, accesorios, chasis en las salas utilizadas
7	7) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Adherencia a los instructivos de la Institución en las actividades realizadas diariamente *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST *Hacer uso adecuado de las claves asignadas por la Institución para realizar las actividades diarias * Brindar atención humana, eficaz, cálida tanto al cliente interno como externo que requiera el servicio, acorde con las obligaciones contractuales. *Realizar las capacitaciones asignadas por la Institución * Realización de la notificación de sucesos de seguridad en la Intranet de la Subred Sur *Realización de Actividades realizadas en las Jornadas asignadas *Recibir los elementos de protección al inicio de la jornada, para la protección personal.	--Notificación de Reporte de sucesos de Seguridad, * Realización de actividades en las jornadas asignadas * Realizar el uso adecuado de mi usuario asignado, ni prestar mi usuario y contraseña bajo ningún concepto a otros compañeros en la Institución. Solo para uso personal. * Realizar el diligenciamiento de niveles de referencia. * Realizar el atendido del paciente en dinámica Gerencial, * Realizar verificación del consentimiento informado. * Firma de recibido de los elementos de protección. * Firma de las capacitaciones recibidas. * Realice la limpieza y desinfección de los elementos utilizados por cada paciente. INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

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	\$ 2367360
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2024	ENERO	2024	02	12	74700860	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1256666.6666667	\$ 201067	\$ 208600
Salud					FAMISANAR		\$ 157083	\$ 163000
ARL				5	SURA		\$ 0	\$ 0
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 364710</b>	<b>\$ 371600</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	8870567388	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					RAFAEL EDUARDO CESPEDES GALINDO		2024-02-24 15:23:41	
RECHAZADO SUPERVISOR					NANCY STELLA TABARES RAMIREZ		2024-02-24 21:45:29	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					RAFAEL EDUARDO CESPEDES GALINDO		2024-02-24 22:28:30	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					NANCY STELLA TABARES RAMIREZ		2024-02-26 12:21:56	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-02-29 16:53:06	

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.

*Nancy S. Tabares R.*

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ  
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

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

### Datos guardados

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"/> cuenta febrero rafa el 2023.PDF	cuenta febrero rafa el 2023.PDF	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> cuenta marzo rafa el 2023.pdf	cuenta marzo rafa el 2023.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> cuenta rafa el abril.pdf	cuenta rafa el abril.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTAS RAFAL MAYO.pdf	CUENTAS RAFAL MAYO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA RAFAEL JUNIO 2023.pdf	CUENTA RAFAEL JUNIO 2023.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO JULIO RAFAEL CESPEDES.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO RAFAEL CESPEDES.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO RAFAEL CESPEDES AGOSTO.pdf	CUENTA DE COBRO RAFAEL CESPEDES AGOSTO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO RAFAEL SEPTIEMBRE.pdf	CUENTA DE COBRO RAFAEL SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA OCTUBRE RADAEL CÉSPEDES .pdf	CUENTA OCTUBRE RADAEL CÉSPEDES .pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTAS NOVIEMBRE RAFAEL.pdf	CUENTAS NOVIEMBRE RAFAEL.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Rafael REINDUCCIN_SUBRED_2023.pdf	Rafael REINDUCCIN_SUBRED_2023.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DICIEMBRE RAFAEL.pdf	CUENTA DICIEMBRE RAFAEL.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA RAFAEL CESPEDES ENERO 2024.pdf	CUENTA RAFAEL CESPEDES ENERO 2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

### Datos guardados

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1105305640	RAFAEL EDUARDO CESPEDES GALINDO		cra 49 b no 58g 05 sur	7216010	rafaelcespedes92@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74700860	\$371.600	

**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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	3	500	0	163.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	3	600	0	208.600	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										

**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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.000
Pensión	1	208.000	208.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>370.500</b>	<b>371.600</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1105305640	RAFAEL EDUARDO CESPEDES GALINDO		cra 49 b no 58g 05 sur	7216010	rafaelcespedes92@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74700860	\$371.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1105305640	CEPESDES GALINDO RAFAEL EDUARDO	3	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

# Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

## EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO 2020-2024 COLABORADORES

### EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO 2020-2024 COLABORADORES

Se registró la información con éxito

Aceptar

lista de asistencia y evaluación de satisfacción. Entiendo que estos datos serán custodiados y tratados conforme a la Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, y demás disposiciones concordantes. Enti

- Autorizo
- No autorizo

Pregunta requerida

Nombre del participante

# Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

## MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS COLABORADORES DE LA SUBRED SUR - 2023

### MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS COLABORADORES DE LA SUBRED SUR - 2023

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

Tipo de vinculación



Pregunta requerida

Unidad de atención



Pregunta requerida