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:**	2025-08-01	**Hasta:**	2025-08-31	
Nombre del Contratista:	DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS		**Número de Documento:**	1013611766	
Correo Electrónico:	dco3232@gmail.com		**Número Telefónico:**	3166992323	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4927-2025	**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 VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
L02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS VISTA HERMOSA	180	75	13514	$3446070	137.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3446070**	**TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SETENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-03-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-08-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-07-27	NUL	1	$ 567588	26
2	2025-08-11	2025-10-31	2	$ 10338210	1314

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MARZO	$ 2432520
2	ABRIL	$ 2432520
3	MAYO	$ 4054200

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	JUNIO	$ 3202818
5	JULIO	$ 3527154
6	AGOSTO	$ 3446070

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 15081624	**$ 25987422**	**$ 19095282**	**$ 6892140**

	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.	-"Toma de estudios de Imágenes Diagnosticas, de acuerdo al agendamiento asignado. Toma de estudios a pacientes de urgencias -hospitalizacion-Ucis "	-"* 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 tecnólogo, con integralidad, secuencialidad, clara y completa), para el mes de julio de 2025."
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. Atención con calidad, amabilidad, informando al paciente del estudio que se va a realizar o aclaración o duda."	-Presentación al usuario al inicio de la atención con buena actitud para brindar ayuda, apoyo, asesoría e información hasta el final de la atención, para el mes de julio de 2025.
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).	-"Registrar en la HC la toma de estudios de Imágenes Diagnosticas de los pacientes atendidos de urgencias -hospitalización y consulta externa; de acuerdo a los pararametros indicados con dosis y técnica aplicada para el correcto posicionamiento kVp, mA, mAs: "	-"*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 hallan firmado por los pacientes para el mes de julio de 2025. * Parámetros indicados con dosis y técnica adecuada "
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 Aquila *Firma del consentimiento informado, para el mes de julio de 2025."
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.	-"* Portar el carnet de la Institución en la jornada asignada. * 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 , para el mes de julio de 2025
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.	-*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 correspondiente al mes de julio de 2025.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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, con 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 la Jornadas asignadas. * Realizar la limpieza y desinfección diaria en el formato correspondiente de acuerdo al perfil."	-Notificación de Reporte de sucesos de Seguridad, para el mes de julio de 2025 * Realización de actividades en las jornadas asignadas durante el mes de julio de 2025 * Realizar el uso adecuado de mi usuario asignado, no 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. * Realizar la limpieza y desinfección de los elementos utilizados por cada paciente, para el mes de julio de 2025.

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**	$ 3527154
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9489643893	-		
2025	**JULIO**	**2025**	**08**	**13**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTOCINCUENTA Y CUATROPESOS**						

Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 256000**
Salud		FAMISANAR		$ 177938	**$ 200000**
ARL	5	SURA		$ 0	**$ 0**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 456000**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	488411382325

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS	2025-08-26 22:47:36
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-08-29 20:19:02
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-08-30 19:36:26

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

© Siasur - 2025

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013611766		OVALLE CONTRERAS DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18 k # 68 sur 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6356362	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1697754613	9489643893	I	2025/08/19	2025/08/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$456,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																													
1	CC	1013611766 OVALLE DIANA																	230201	30	EPS017	30		0		0	0.000%	0	No
Total		**Afiliados(1)**																											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013611766		OVALLE CONTRERAS DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18 k # 68 sur 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6356362	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1697754613	9489643893	I	2025/08/19	2025/08/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$456,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$256,000	$0	$0	$256,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				**1**	**$456,000**	**$0**	**$0**	**$456,000**

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

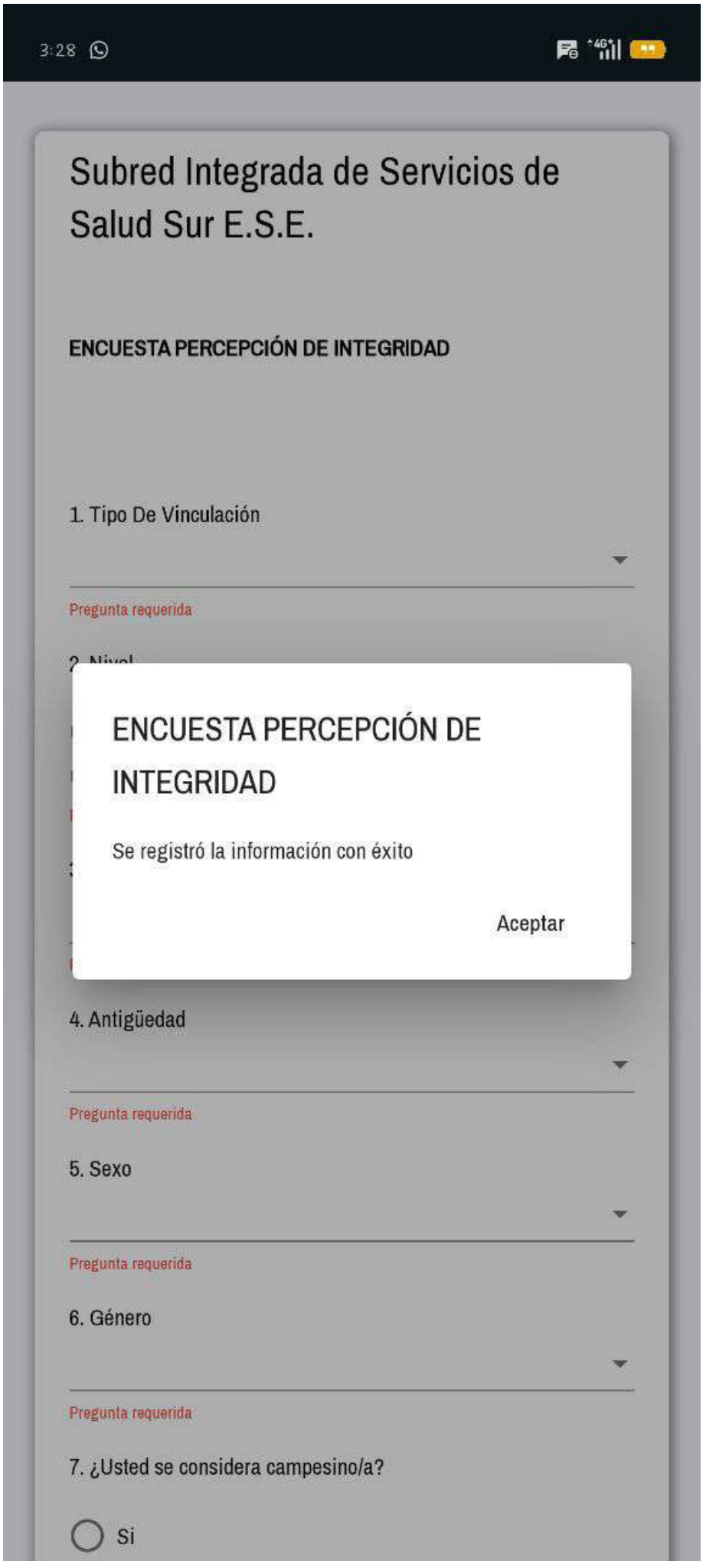
Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	ARL SURA 1013611766 CTO 4927-2025.pdf	ARL SURA 1013611766 CTO 4927-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO MARZO 2025 DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS CTO. N° 4927-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2025 DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS CTO. N° 4927-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS CTO. N° 4927-2025.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS CTO. N° 4927-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO MAYO 2025 DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS CTO. N° 4927-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 2025 DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS CTO. N° 4927-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS CTO. N° 4927-2025.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS CTO. N° 4927-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO JULIO 2025 DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS CTO. N° 4927-2025.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 2025 DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS CTO. N° 4927-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CERTIFICADO INDUCCION Y REINDUCCION 2025.pdf	CERTIFICADO INDUCCION Y REINDUCCION 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >


3:28
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD
1. Tipo De Vinculación
Pregunta requerida
ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD
Se registró la información con éxito
Aceptar
4. Antigüedad
Pregunta requerida
5. Sexo
Pregunta requerida
6. Género
Pregunta requerida
7. ¿Usted se considera campesino/a?
Si