| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-09-01 | **Hasta:** | 2025-09-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | YOLANDA RINCON DUARTE | | **Número de Documento:** | 51767879 | |
| **Correo Electrónico:** | yrinconduarte@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3102917884 | |
| **Nombre del Supervisor:** | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | **Cargo:** | DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS | **Código - Grado:** | 009 - 05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4932-2025 | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| L02UC | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS SANTA LIBRADA I | 180 | 60 | 13514 | $3243360 | 129% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 3243360** | **TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTAPESOS** | | | | | |

## 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 | 2025-08-11 | 2025-10-31 | 1 | $ 8324624 | 1314 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | MARZO | $ 2756856 |
| 2 | ABRIL | $ 2675772 |
| 3 | MAYO | $ 2675772 |
| 4 | JUNIO | $ 2432520 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 5 | JULIO | $ 2919024 |
| 6 | AGOSTO | $ 3405528 |
| 7 | SEPTIEMBRE | $ 3243360 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 15081624** | **$ 23406248** | **$ 20108832** | **$ 3297416** |

| 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 de los pacientes de urgencias - hospitalización | -- aplicativo AQUILA el estudio tomado con la marcación adecuada con las iniciales del tecnólogo, con integralidad, secuencialidad, clara y completa), para el mes de SEPTIEMBRE 2025* Registrar en la historia clínica (Dinámica) l |
| 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, informa al paciente del estudio que se va a realizar. – | -- * 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 SEPTIEMBRE 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. | -- *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 SEPTIEMBRE 2025 |
| 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, para el mes de SEPTIEMBRE 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. | -el carnet de la Institución en la jornada asignada. * Cumplir con las actividades del objeto contractual. * Atención con calidad, am- * Portar habilidad 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 SEPTIEMBRE de l2025 |
| 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 SEPTIEMBRE 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. | -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 la Jornadas asignadas *Recibir los elementos de protección al inicio de la jornada, para la protección personal. - * adherencia a los instructivos de la Institución en las actividades realizadas diariamente *Cumplir las normas, reglamentos | -- *Notificación de Reporte de sucesos de Seguridad, para el mes de SEPTIEMBRE de 2025 * Realización de actividades en las jornadas asignadas durante el mes de SEPTIEMBRE de 2025 * 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. * Realizar la limpieza y desinfección de los elementos utilizados por cada paciente, para el mes de SEPTIEMBRE de 2025 |


***© Siasur - 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 | $ 3405528 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1074194705 | - | | |
| 2025 | AGOSTO | 2025 | 08 | 19 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHOPESOS | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 227800** |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 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 | 4870365741 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | YOLANDA RINCON DUARTE | 2025-09-22 19:49:16 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | YOLANDA RINCON DUARTE | 2025-09-23 22:34:22 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | 2025-09-29 09:42:27 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-09-29 16:02:25 |

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.

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


***© Siasur - 2025***

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-08-19, 04:44:20 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074194705

**Periodo Cotización:** agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823579561

**PAGADO 19/08/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | YOLANDA RINCON DUARTE | | |
| **Documento** | CC51767879 | **Dirección** | CARRERA 14 M N 91 A 88 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3102917884 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TA P | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Dias AFP | Dias EPS | Dias ARP | Dias CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 51767879 | YOLANDA RINCON DUARTE | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 405.800 |

## III. TOTALES

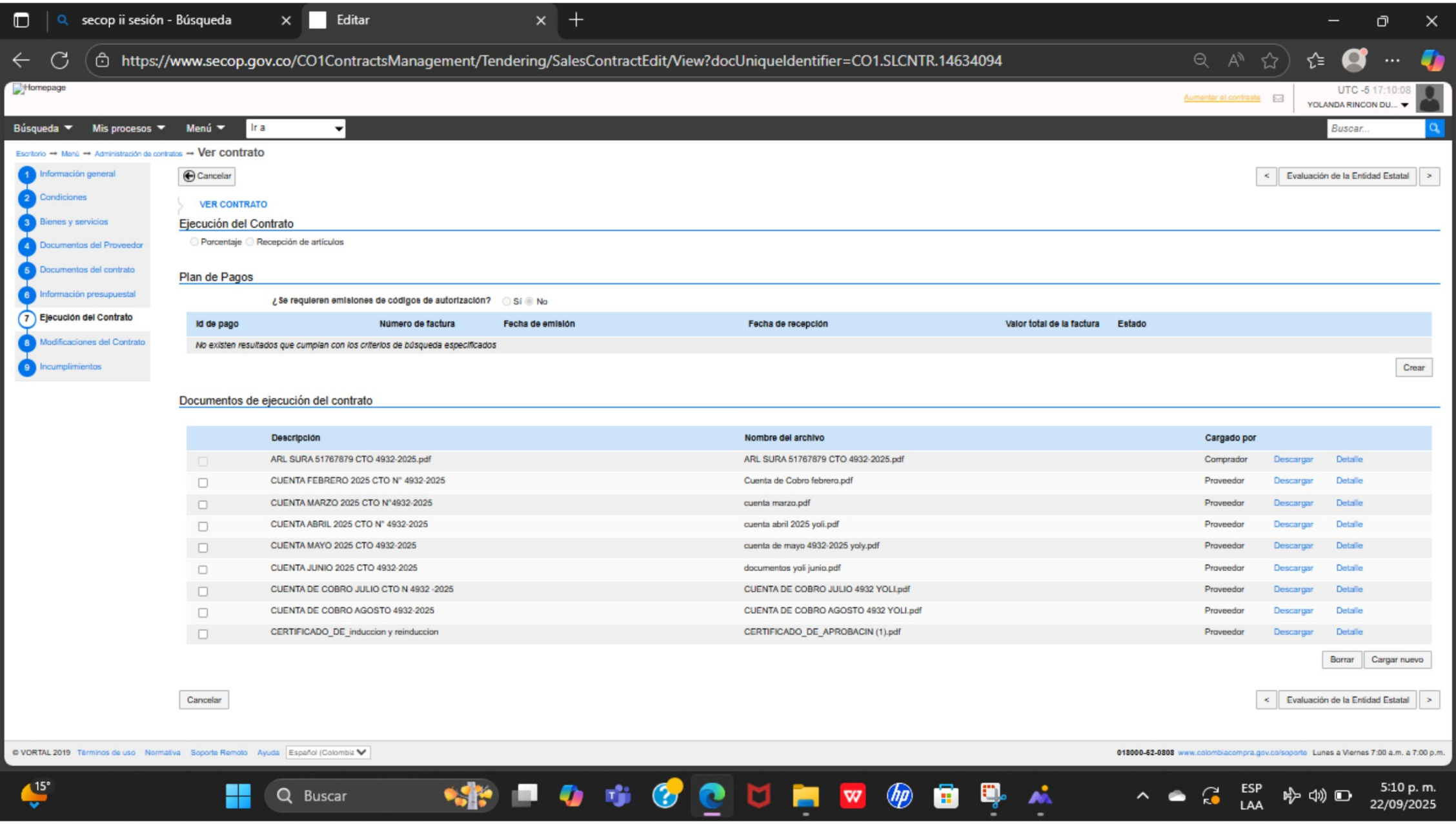
| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 405.800 | $ 0 | $ 405.800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.


secop ii sesión - Búsqueda
Editar
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14634094
Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 17:10:08
YOLANDA RINCON DU...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
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
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 51767879 CTO 4932-2025.pdf
ARL SURA 51767879 CTO 4932-2025.pdf
Comprador Descargar Detalle
CUENTA FEBRERO 2025 CTO N° 4932-2025
Cuenta de Cobro febrero.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA MARZO 2025 CTO N°4932-2025
cuenta marzo.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA ABRIL 2025 CTO N° 4932-2025
cuenta abril 2025 yoli.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA MAYO 2025 CTO 4932-2025
cuenta de mayo 4932-2025 yoly.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA JUNIO 2025 CTO 4932-2025
documentos yoli junio.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO JULIO CTO N 4932 -2025
CUENTA DE COBRO JULIO 4932 YOLI.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO AGOSTO 4932-2025
CUENTA DE COBRO AGOSTO 4932 YOLI.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CERTIFICADO_DE_induccion y reinduccion
CERTIFICADO_DE_APROBACIN (1).pdf
Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
15°
Buscar
ESP
LAA
5:10 p. m.
22/09/2025

8BONEcUpP8

SMAR SUR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

# La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E. certifica que:

## YOLANDA RINCON DUARTE

**51767879**

Cumplió satisfactoriamente con la:

**INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025**

Para constancia se expide:

**23 de septiembre de 2025**

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ