

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-10-01	Hasta:	2025-10-31
Nombre del Contratista:	MONICA LIZETH HERNANDEZ TOLEDO		Número de Documento:	1026579743
Correo Electrónico:	monicahernandeztoledo@gmail.com		Número Telefónico:	3118127024
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE	Código Grado: - 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2046-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	TÉCNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
Dirección a la que Pertenecce:	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	186	6	13514	\$2594688	109.8%
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	2025-01-11			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-07-15	NUL	1	\$ 657310	26
2	2025-07-27	NUL	2	\$ 576226	26
3	2025-08-11	2025-10-31	3	\$ 8964658	1314
4	2025-10-20	2025-11-30	4	\$ 2797398	1767
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	ENERO			\$ 1702764	

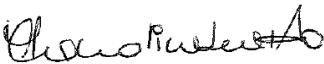
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	FEBRERO	\$ 2648744	
3	MARZO	\$ 3081192	
4	ABRIL	\$ 2432520	
5	MAYO	\$ 3810948	
6	JUNIO	\$ 3283902	
7	JULIO	\$ 2513604	
8	AGOSTO	\$ 2959566	
9	SEPTIEMBRE	\$ 2432520	
10	OCTUBRE	\$ 2594688	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 18897448		\$ 31893040	\$ 27460448
			\$ 4432592
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 diariamente y las urgencias que se presente en la unidad.	Registro en el aplicativo AQUILA del paciente atendido.
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.	información de auto cuidado para ponerlos en practica fuera de nuestro lugar de trabajo.	Realización de actividades en las jornadas asignadas durante el mes
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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).	Registro en el aplicativo Dinámica gerencial la información del paciente de acuerdo a la toma	Registro en la Historia Clínica
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.	Verificación, diligenciamiento del formato de consentimiento informado, para la toma posterior del estudio -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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	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, para el mes.
6	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 los insumos y elementos de protección al inicio de la jornada, para la protección personal y desinfección del lugar de trabajo haciendo el buen uso de ellos. -	firma de los insumos y elementos de protección una vez sean entregados correspondiente al mes
7	7) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Realizar las capacitaciones asignadas por la Institución.	terminación de los cursos habilitados en la pagina de la Intranet de la Subred Sur, por la Plataforma de MAO, para el mes.

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		\$ 2432520
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	90157653	-			
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	14					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS VEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800	
Salud					SALUD TOTAL		\$ 177938	\$ 178000	
ARL				5	SURA		\$ 0	\$ 0	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 405800	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	39641623915	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MONICA LIZETH HERNANDEZ TOLEDO		2025-10-25 16:19:35		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-10-28 14:43:59		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-10-29 15:24:37		
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-11-18 12:42:58		

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