

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-10-01	Hasta:	2025-10-31
Nombre Contratista:	del SANDRA YANETH SUAREZ CAMPOS	Número de Documento:		53130754
Correo Electrónico:	manaju3@hotmail.es	Número Telefónico:		3173020349
Nombre Supervisor:	del MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado: - 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2373-2025	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 TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
L06TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNAL	186	46	13514	\$3135248	124.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3135248	TRES MILLONES CIENTOTREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-17			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	\$ 4662330	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 2432520	1767
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	ENERO			\$ 1216260	
2	FEBRERO			\$ 2067642	
3	MARZO			\$ 1621680	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ABRIL	\$ 2432520
5	MAYO	\$ 2594688
6	JUNIO	\$ 2108184
7	JULIO	\$ 2270352
8	AGOSTO	\$ 2108184
9	SEPTIEMBRE	\$ 2594688
10	OCTUBRE	\$ 3135248

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 17595228	\$ 24690078	\$ 22149446	\$ 2540632

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 Garantía 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 PREVENCIÓN EN LA USS ASIGANADA	registro de capacitaciones de pyp
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)	SE REALIZA REGISTRO DE INFORMACION DE LA INTERVENCIÓN 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 LAPREPARACION NECESARIA PARA LA REALIZACION DE LOS EXAMENES CON MEDIO DE CONTRASTE ASI COMO EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA AUTORIZACION DEL EXAMEN A REALIAR	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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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								
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior	\$ 2594688
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	24	1075791696	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS			
Ítem					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	488413385631	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					SANDRA YANETH SUAREZ CAMPOS		2025-10-26 17:54:28	
RECHAZADO SUPERVISOR					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-10-28 16:27:54	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					SANDRA YANETH SUAREZ CAMPOS		2025-10-29 10:27:02	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-10-29 22:31:34	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-10-30 18:04:33	
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 12:41:37	

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
 Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
 www.subredsur.gov.co
 Teléfono 7300000 Ext 26017
 © Siasur - 2025

DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS