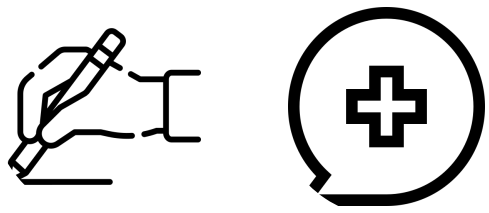
VER INFORME DE ACTIVIDAD



Regresar

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-11-01	**Hasta:**	2025-11-30	
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	Rubro Presupuestal	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
L02UC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS SANTA LIBRADA I	180	42	13514	3000108	119.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**3000108**	**TRES MILLONES CIENTOOCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-03-01	**Fecha de Terminación Inicial del Contrato**	2025-08-31

No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-11	2025-10-31	1	8324624	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	3783920	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	3756892	1890

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
5	JULIO	2919024
6	AGOSTO	3405528

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
7	SEPTIEMBRE	3243360
8	OCTUBRE	3000108
9	NOVIEMBRE	3000108

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
15081624	**30947060**	**26109048**	**4838012**

	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 marcacion adecuada con las iniciales del tecnologo con. integralidad, secuencialidad, clara y completa), para el mes NOVIEMBRE 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 NOVIEMBRE 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 NOVIEMBRE 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 In- Registrar en la HC la toma de estudios de Imágenes Diagnosticas de los pacientes atendidos de urgencias -hospitalización y consulta externa. stitución 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 NOVIEMBRE 2025
5	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-el carnet de la Institución en la jornada asignada. * Cumplir con las actividades del objeto contractual. *	-- * Realizar presentación al usuario al inicio y final de la atención con buena actitud para brindar ayuda, apoyo,
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 NOVIEMBREde 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 con atención humana, eficaz, cálida tanto al cliente interno como externo que requiera el servicio, acorde 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 NOVIEMBRE de 2025 * Realización de actividades en las jornadas asignadas durante el mes de NOVIEMBRE 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 verificacióclascapacitaciones recibidas. * Realizar la limpieza y desinfección de los elementos utilizados por cada paciente, para el mes de NOVIEMBRE 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	3000108
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	OCTUBRE	2025	10	10	1075653095	-		

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRES MILLONES CIENTOOCHOPESOS

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**	**405698**	405800
Tipo de pago		MES VENCIDO	1764121622 - Planilla Seguridad Social - 51767879		

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870365741

Copyright ©2025 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-25, 07:27:09 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1075653095 **Referencia pago(PIN)** 8823579561

Periodo Cotización 202510 **Periodo Servicio** 202510

Cliente:

PAGADA 2025-10-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YOLANDA RINCON DUARTE				
Documento	CC 51767879	**Dirección**	CARRERA 14 M N 91 A 88 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3102917884		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51767879		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					RINCON DUARTE YOLANDA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 1.423.500	230201		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 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!

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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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

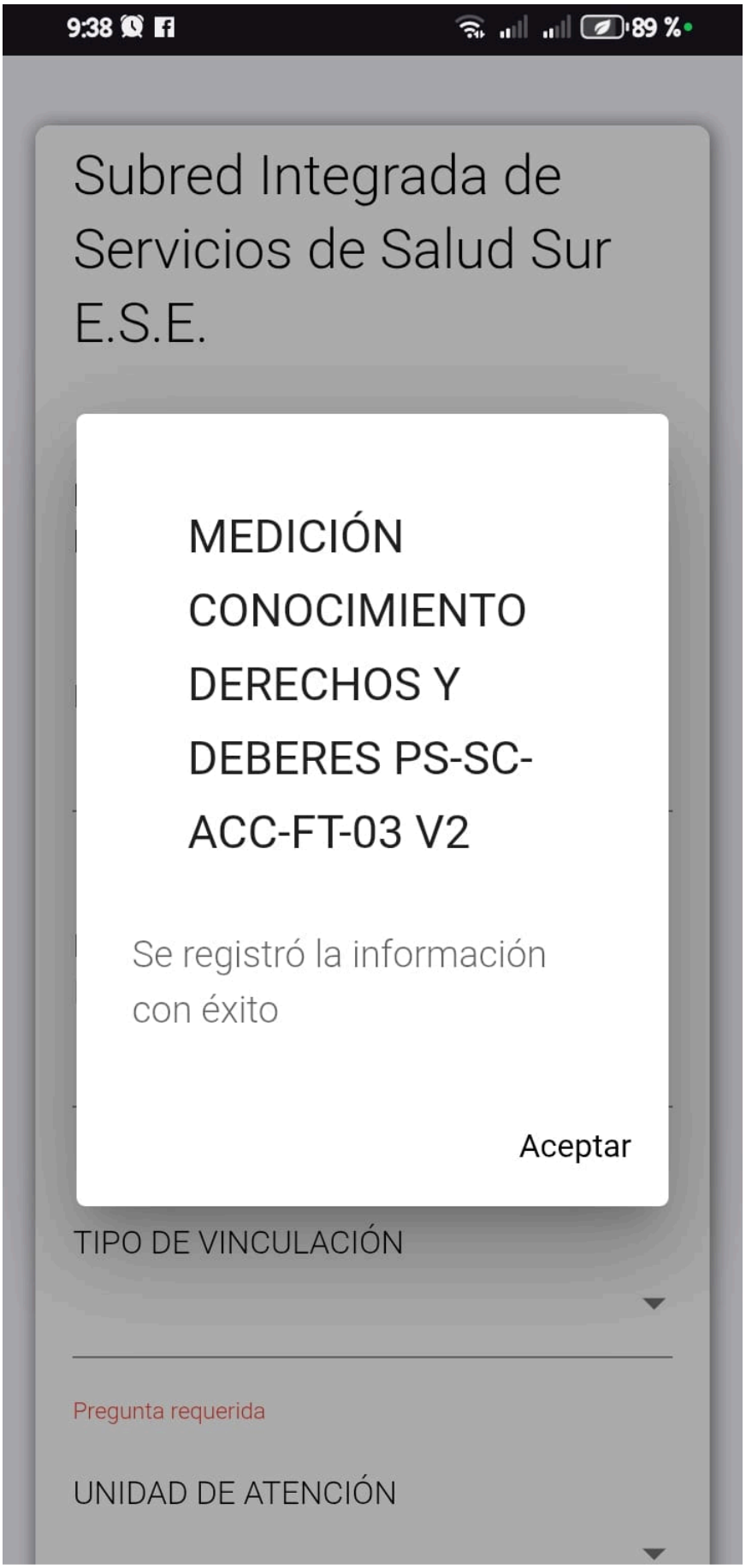
Crear

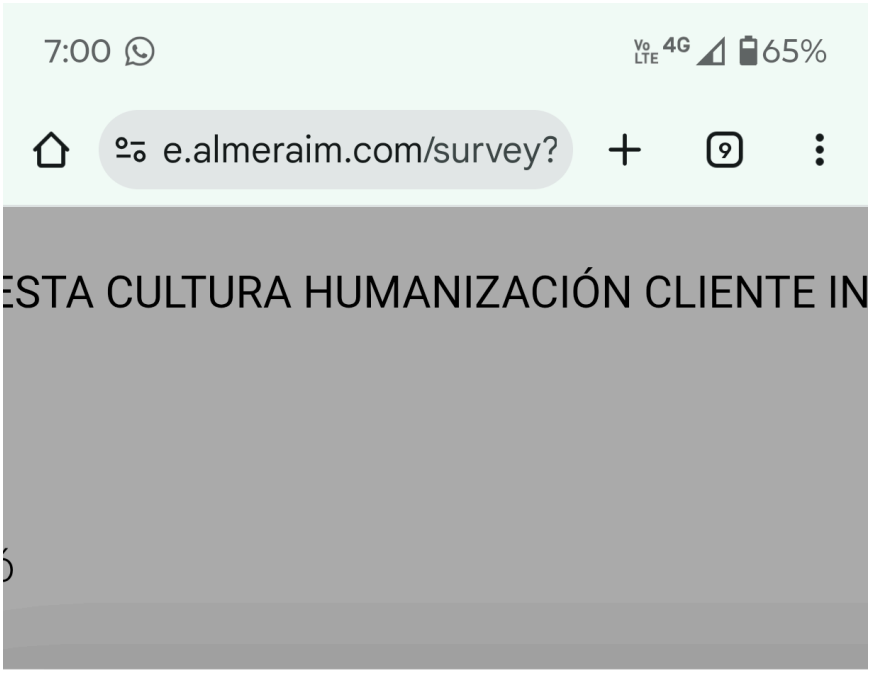
Documentos de ejecución del contrato

	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 CTO 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
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE CTO 4932-2025	CUENTAS DE SEPTIEMBRE 2025 YOLI.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE OCTUBRE cta 4932-2025	CUENTA DE OCTUBRE 2025 YOLI.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

© 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.


9:38
89 %
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
MEDICIÓN CONOCIMIENTO DERECHOS Y DEBERES PS-SC-ACC-FT-03 V2
Se registró la información con éxito
Aceptar
TIPO DE VINCULACIÓN
Pregunta requerida
UNIDAD DE ATENCIÓN



ENCUESTA CULTURA HUMANIZACIÓN CLIENTE INTERNO - 2025

Se registró la información con éxito

A

