

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-11-01	<b>Hasta:</b>	2025-11-30
<b>Nombre Contratista:</b>	del SANDRA YANETH SUAREZ CAMPOS	<b>Número de Documento:</b>		53130754
<b>Correo Electrónico:</b>	manaju3@hotmail.es		<b>Número Telefónico:</b>	3173020349
<b>Nombre Supervisor:</b>	del MARIA CAROLINA LEAL APONTE	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	<b>Código Grado:</b> - 009 - 05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2373-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	26
<b>Perfil:</b>	TÉCNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	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	180	48	13514	\$3081192	122.6%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 3081192	<b>TRES MILLONES OCHENTA Y UN MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-01-17			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-08-31
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 4662330	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 2432520	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 3946088	1890
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	ENERO			\$ 1216260	
2	FEBRERO			\$ 2067642	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal. 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>				
3	MARZO	\$ 1621680		
4	ABRIL	\$ 2432520		
5	MAYO	\$ 2594688		
6	JUNIO	\$ 2108184		
7	JULIO	\$ 2270352		
8	AGOSTO	\$ 2108184		
9	SEPTIEMBRE	\$ 2594688		
10	OCTUBRE	\$ 3135248		
11	NOVIEMBRE	\$ 3081192		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 17595228		\$ 28636166	\$ 25230638	\$ 3405528
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>	
1	Prestar servicios de perfil Tecnólogo en Radiología e Imágenes Diagnósticas acorde con la Lex Artís, 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 PREVENCION 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 INTERVENCION 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 REAZLIAR	Consentimiento informado debidamente diligenciado	

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
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
6	Velar por el correcto uso de los insumos que la Subred le confie 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								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 3135248
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1076659314	-		
2025	OCTUBRE	2025	11	16				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES CIENTOTREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS			
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		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 405800</b>


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	2025-11-27 21:07:13
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-11-28 21:42:41
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-01 00:55:58
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	2025-12-10 12:41:34

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**