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:**	2025-12-01	**Hasta:**	2025-12-31	
Nombre del Contratista:	DIEGO DAVID PINILLA TOVAR		**Número de Documento:**	80768838	
Correo Electrónico:	diego08484@gmail.com		**Número Telefónico:**	3155029140	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4930-2025	**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	Procetaje(%) Centro de Costos
L02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNAL	186	0	13514	$2513604	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2513604**	**DOS MILLONES QUINIENTOS TRECE MIL SEISCIENTOS CUATROPESOS**					

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	$ 6229954	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 2432520	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 3892032	1890

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MARZO	$ 3554182
2	ABRIL	$ 3081192

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MAYO	$ 2108184
4	JUNIO	$ 2108184
5	JULIO	$ 2513604
6	AGOSTO	$ 2351436
7	SEPTIEMBRE	$ 2432520
8	OCTUBRE	$ 2594688
9	NOVIEMBRE	$ 2756856
10	DICIEMBRE	$ 2513604

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 15081624	**$ 27636130**	**$ 26014450**	**$ 1621680**

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.	-Realizar actividades propias a las establecidas de acuerdo al perfil Tecnologo en radiologia en pro de la prestacion de servicios de salud con calidad, identificacion y prevencion del riesgo, brindar informacion a los usuarios con trato humanizado establecidos por la norma y la SUBRED SUR ESE.	-Toma de imágenes diagnosticas y aplicativos de consulta.
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.	-Brindar informacion a usuarios, familiares y a la comunidad a cerca de actividades institucionales sobre autocuidado, prevencion de enfermedades y vias de acceso a programas enfocados a modicar habitos de vida.	- Registros e historia clinica.
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).	-Mantener la confidencialidad sobre la informacion registrada en la historia clinica, realizar registros de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Ademas soportar fecha y hora de la realizacion de la misma.	-Registros realizados en historia clinica fisica y/o en medio magnetico.
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.	-Conocer los procedimientos, guias, protocolos y documentos establecidos por la SUBRED SUR ESE para cada una de las actividades prestadas en el servicio de radiologia e imágenes diagnosticas. A su vez mantener una comunicación permanente con los usuarios brindando informacion sobre procedimientos a realizar, ademas de garantizar diligenciamiento de consentimiento informado de ser necesario.	-Conocer intranet, verificacion en control documental y diligenciar concentimiento informado.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Orientar a usuarios facilitando rutas de atencion.	-Atencion a usuarios.
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.	-Hacer uso adecuado, racional e indicado de cada uno de los insumos entregados para la realizacion de actividades propias a mis funciones dentro de la unidad de servicios de salud.	-Diligenciamiento de registros relacionados con el uso de insumos y suministros.
7	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

© Siasur - 2026

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	92321634	-		$ 2756856
2026	NOVIEMBRE	2025	12	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1102742	$ 176439	**$ 228100**
Salud		COMPENSAR		$ 137843	**$ 178300**
ARL	5	SURA		$ 0	**$ 0**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 320038**	**$ 406400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488422020427

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DIEGO DAVID PINILLA TOVAR	2025-12-12 00:00:29
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DIEGO DAVID PINILLA TOVAR	2025-12-12 02:44:17
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DIEGO DAVID PINILLA TOVAR	2025-12-12 02:52:10
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-12-14 08:40:39
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-15 22:14:37
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	2026-01-08 16:10:00

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80768838	DIEGO DAVID PINILLA TOVAR	calle 69 B bis No 17 n 34 sur	3155029140	diego08484@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	12/12/2025	92321634	$406.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	2	300	0	178.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	2	300	0	228.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.300
Pensión	1	227.800	228.100
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	406.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80768838	DIEGO DAVID PINILLA TOVAR		calle 69 B bis No 17 n 34 sur	3155029140	diego08484@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	12/12/2025	92321634	$406.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80768838	PINILLA TOVAR DIEGO DAVID	3	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 Contr...
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

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 SURA80768838 CTO 4930-2025.pdf	ARL SURA80768838 CTO 4930-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTADE COBRO FEBRERO CTO 4930-2025.pdf.pdf	CUENTADE COBRO FEBRERO CTO 2917-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADE COBRO MARZO CTO 4930-2025.pdf	CUENTADE COBRO MARZO CTO 4930-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADE COBRO ABRIL CTO 4930-2025.pdf	CUENTADE COBRO ABRIL CTO 4930-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADE COBRO MAYO CTO 4930-2025.pdf	CUENTADE COBRO MAYO CTO 4930-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADE COBRO JUNIO CTO 4930-2025.pdf	CUENTADE COBRO JUNIO CTO 4930-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADE COBRO JULIO CTO 4930-2025.pdf	CUENTADE COBRO JULIO CTO 4930-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADE COBRO AGOSTO CTO 4930-2025.pdf	CUENTADE COBRO AGOSTO CTO 4930-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADE COBRO SEPTIEMBRE CTO 4930-2025.pdf	CUENTADE COBRO SEPTIEMBRE CTO 4930-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADE COBRO OCTUBRE CTO 4930-2025.pdf	CUENTADE COBRO OCTUBRE CTO 4930-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADE COBRO NOVIEMBRE CTO 4930-2025.pdf	CUENTADE COBRO NOVIEMBRE CTO 4930-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >