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:	KARINA ANDREA LANCHEROS CARMONA		**Número de Documento:**	1030664283	
Correo Electrónico:	karinal_359@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3156624860	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4944-2025	**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
L02VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MANUELA BELTRÁN	180	25	13514	$2770370	110.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2770370**	**DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS SETENTAPESOS**					

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	$ 6973224	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 2108184	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 3243360	1890

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MARZO	$ 3243360
2	ABRIL	$ 3243360

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MAYO	$ 2432520
4	JUNIO	$ 2594688
5	JULIO	$ 2594688
6	AGOSTO	$ 2432520
7	SEPTIEMBRE	$ 2432520
8	OCTUBRE	$ 2432520
9	NOVIEMBRE	$ 2337922
10	DICIEMBRE	$ 2770370

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 15081624	**$ 27406392**	**$ 26514468**	**$ 891924**

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 diagnósticas de acuerdo al agendamiento asignado toma de los pacientes de urgencias hospitalización y UCI.	Registrar en la historia clínica (Dinámica) la información del estudio tomado al paciente registrar en el aplicativo el estudio tomado con la marcación adecuada las iniciales del técnico, integralidad, secuencialidad clara y completa.
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.	Porta el carnet de la Institución en la jornada vista. 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	Presentación al usuario al inicio de la atención con buena actitud para brindar ayuda, apoyo, asesoría e información hasta el final de la atención.
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 firman por los pacientes	Verificar que el paciente se encuentre con la preparación adecuada para la toma de los estudios con medio de contraste y verificación de los Consentimientos informados que se firman por los pacientes.
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 Institución en las actividades realizadas diariamente	Realizar el diligenciamiento de niveles de referencia, atendido del paciente en dinámicamente gerencial y en el drive asignado para tal fin. *Firma del consentimiento informado.

© Siasur - 2026

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.	Porta el carnet de la Institución en la jornada vista. *Cumplir con las actividades del objeto contractual. *Atención con calidad, amabilidad al usuario.	Realizar presentación al usuario al inicio y final de la atención con buena actitud para brindar ayuda, apoyo, asesoría e información.
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 correspondientes al mes.
7	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Adherencia a los instructivos de la Institución en las actividades realizadas diariamente *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el SG-SST *Hacer uso adecuado de las claves apoyadas por la Institución para realizar las actividades diarias *Brindar atención humana, eficaz, cálida tanto al cliente interno como externo que requiera el servicio, acorde con las obligaciones contractuales. *Realizar las capacitaciones brindadas por la Institución *Realización de la notificación de sucesos de seguridad en la Intranet de la Subred Sur *Realización de Actividades realizadas en las Jornadas brindadas *Recibir los elementos de protección al inicio de la jornada, para la protección personal.	Notificación de Reporte de sucesos de Seguridad *Realización de actividades en las jornadas destacadas durante el mes. *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 verificación del consentimiento informado. *Firma de recibido de los elementos de protección. *Firma de las capacitaciones recibidas. *Realice la limpieza y desinfección de los elementos utilizados por cada paciente.

© 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	$ 2337922
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9495681900	-		
2026	**NOVIEMBRE**	**2025**	**12**	**11**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTIDOSPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1750905	$ 280145	**$ 227800**
Salud		SALUD TOTAL		$ 218863	**$ 178000**
ARL	5	SURA		$ 0	**$ 0**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 405800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	087909235

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KARINA ANDREA LANCHEROS CARMONA	2025-12-11 22:26:38
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-12-14 21:35:02
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-15 21:46:31
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 16:10:46

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