| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2026-01-01 | **Hasta:** | 2026-01-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | ALEXIS GERARDO LOPEZ CASTILLO | | **Número de Documento:** | 80813701 | |
| **Correo Electrónico:** | Lagat1500@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3053879452 | |
| **Nombre del Supervisor:** | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | **Cargo:** | DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS | **Código - Grado:** | 009 - 05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4941-2025 | **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 | 150 | 6 | 13514 | $2108184 | 83.9% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2108184** | **DOS MILLONES CIENTOOCHO MIL CIENTOOCHENTA Y 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 | $ 5351544 | 1314 |
| 2 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 2 | $ 2027100 | 1767 |
| 3 | 2025-11-14 | 2026-01-16 | 3 | $ 3243360 | 1890 |
| 4 | 2026-01-10 | 2026-01-31 | 4 | $ 1135176 | 81 |

| | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | MARZO | $ 2432520 |


***© Siasur - 2026***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | ABRIL | $ 2432520 |
| 3 | MAYO | $ 2513604 |
| 4 | JUNIO | $ 2594688 |
| 5 | JULIO | $ 2513604 |
| 6 | AGOSTO | $ 2351436 |
| 7 | SEPTIEMBRE | $ 2432520 |
| 8 | OCTUBRE | $ 2432520 |
| 9 | NOVIEMBRE | $ 2270352 |
| 10 | DICIEMBRE | $ 2351436 |
| 11 | ENERO | $ 2108184 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 15081624** | **$ 26838804** | **$ 26433384** | **$ 405420** |

| 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 - hospitalizacion -Registrar en la historia clínica (Dinamica) la información del estudio tomado al paciente | Registrar en el aplicativo AQUILA el estudio tomado con la marcacion adecuada con las iniciales del tecnologo, con 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. | Portar el carnet de la Institución en la jornada asignada | 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). | Adherencia a los instructivos de la Institución 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 |
| 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. | Diligencia y Realización de limpieza y desinfección de los equipos utilizados en (Tac, Equipos de Rayos x, Equipo de Rayos x Portátiles, Arco en C) - 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 |

| 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. | Recibir y hacer uso de los elementos de protección al inicio de la jornada, para la protección personal. | 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 |
| 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. | 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 -Diligenciar los formatos de limpieza y desinfección de acuerdo a la rotación en los equipos, accesorios, chasis en las salas utilizadas |
| 7 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | 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 -Diligenciar los formatos de limpieza y desinfección de acuerdo a la rotación en los equipos, accesorios, chasis en las salas utilizadas | Notificación de Reporte de sucesos de Seguridad, * Realización de actividades en las jornadas asignadas * Realizar el uso adecuado de mi usuario asignado, ni prestar mi usuario y contraseña bajo ningún concepto a otros compañeros en la Institución. Sólo para uso personal. * Realizar el diligenciamiento de niveles de |

## 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 | 92456683 | - | | $ 2351436 |
| 2025 | DICIEMBRE | 2026 | 01 | 22 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SEISPESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 230200** |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 177938 | **$ 179900** |
| ARL | 5 | SURA | | $ 0 | **$ 0** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 410100** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 488405514131 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ALEXIS GERARDO LOPEZ CASTILLO | 2026-01-22 13:45:39 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | 2026-01-22 22:01:55 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2026-01-24 18:35:24 |
| 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 | 2026-02-16 14:39:30 |

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**