

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-04-01	Hasta:	2026-04-30
Nombre del Contratista:	TATIANA ANDREA BEDOYA GARCIA		Número de Documento:	1024557550
Correo Electrónico:	tatisandreabedogar@hotmail.com		Número Telefónico:	3132447114
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE	Código Grado: - 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1819-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	279
Perfil:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO				
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
L02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNAL	186	30	12305	\$2657880	116.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2657880	DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-01-27	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ENERO	\$ 590640	
2	FEBRERO	\$ 2903980	
3	MARZO	\$ 3027030	

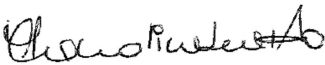
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 12034290	\$ 12034290	\$ 6521650	\$ 5512640

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Prestar apoyo a los procesos asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., durante los periodos de disponibilidad definidos en la propuesta presentada, conforme a las necesidades del servicio.	--Apoyo a atención al paciente, apoyar las labores del equipo de trabajo, solicitud de pedidos, llamado de pacientes e ingreso a consultorio.	--Servicio al paciente de óptima calidad sin evidenciar PQR. Firmas en el cuaderno de insumos
2	2. Desarrollar actividades de apoyo administrativo a los profesionales del área de imagenología, actuando con autonomía técnica y operativa, y en observancia de las guías, manuales y protocolos propios del subproceso.	-Registro diario en Excel de estudios tomados	-Bases de datos en Excel y formatos de limpieza y desinfección
3	3. Efectuar la transcripción de los reportes de imagenología, asegurando la fidelidad y veracidad de la información dictada por el médico radiólogo.	-Transcripción de estudios	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
4	4. Verificar que los reportes de imagenología queden incorporados en la historia clínica del paciente, una vez hayan sido validados por el médico radiólogo correspondiente.	-revisión de estudios en dinámica, subir estudios adecuadamente a Dinámica	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
5	5. Aplicar los manuales, guías, protocolos y procedimientos establecidos para cada proceso, con el fin de contribuir al cumplimiento de los estándares de calidad definidos para el servicio.	-Se aplica protocolo de toma de ecografia, Doppler, limpieza y desinfección	-Socializar el tema con los compañeros de área
6	6. Elaborar, presentar y efectuar seguimiento a los informes que se requieran en desarrollo del objeto contractual.	-Se entrega informe de producción de médico radiólogo en Excel.	---Informes realizados en Word y entregados a jefe inmediato
7	7. Registrar de manera sistemática la información diaria de los estudios realizados por el especialista, conforme a los lineamientos establecidos por la entidad.	-Se lleva control en base de datos y libro de registro de intervencionismo	--Informes realizados en Word y entregados a jefe inmediato
8	8. Ejecutar las demás actividades inherentes al perfil contratado que aporten al fortalecimiento de los procesos misionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-	-

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		\$ 3027030
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1080384219	-			
2026	MARZO	2026	04	13					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES VEINTISIETE MIL TREINTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200	
Salud					FAMISANAR		\$ 218863	\$ 218900	
ARL				3	SURA		\$ 42652	\$ 42700	
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	Total	\$ 508148	\$ 541800	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	477100058403		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					TATIANA ANDREA BEDOYA GARCIA			2026-04-20 15:21:47	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE			2026-04-20 16:48:35	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2026-04-21 16:58:10	

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



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte	2026-04-13, 10:54:14 AM	Tipo Planilla	I	Número Planilla	1080384219	Referencia pago(PIN)	8864995450
Periodo Cotización				202603	Periodo Servicio	202603	
Cliente:							

PAGADA 2026-04-13 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	TATIANA ANDREA BEDOYA GARCIA					
Documento	CC 1024557550					
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE					
Tipo Persona	NATURAL					
Ciudad	BOGOTA D.C.					
Representante Legal						
Dirección				CL 63 #19 G - 24 SUR		
Teléfono				9005806		
Forma Presentación				ÚNICO	Total Afiliados	1
Departamento				BOGOTA D.C.		
Identificación						

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1024557550	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00			BEDOYA GARCIA TATIANA ANDREA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades				Pensión						Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales				
		Extranjero	Tipo salario	Salario		Código AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trans. 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
ING					\$ 1.750.905	25-14	16 %	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	EPS017		12,5 %	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	14-11	3	2,436 %	\$ 1.750.905	\$ 42.700	CCF22	2 %	\$ 1.750.905	\$ 35.100	0 %	\$ 0	\$ 0	
RET																														
TDE																														
TAE																														
TTP																														
VSP																														
COR																														
SLN																														
IOE																														
LMA																														
AVP																														
IMP																														
DIA AFP																														
DIA EPS																														
DIA CCF																														

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 576.900

EiN0bLywam



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

TATIANA ANDREA BEDOYA GARCIA

1024557550

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACION DEL RIESGO

con una intensidad horaria de 08 horas.

Para constancia se expide:

20 de abril de 2026



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

**SUBRED IN
SERVICIOS DE**

ENCUESTA DE MOVILIDAD: HUELLA DE CARBONO - EJE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Nombres y apellidos del colaborador

Preg

Nº

Preg

Col

**ENCUESTA DE
MOVILIDAD: HUELLA
DE CARBONO - EJE
RESPONSABILIDAD
SOCIAL**

Se registró la información con éxito

Preg

¿Cl

Aceptar

Pregunta requerida

¿Con cuál identidad de género se identifica
actualmente?

Pregunta requerida

Gestión Integral del Talento Humano. La información recolectada es confidencial, se analiza de forma agregada y contribuye al fortalecimiento del bienestar, la calidad de vida laboral y la gestión pública en el Distrito Capital.

Fecha inicio medición:

2026-02-27 07:00:00

Fecha fin medición:

2026-05-31 23:59:00

Usted ya ha diligenciado el instrumento (2026-04-20 14:49:41), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO
CIVIL DISTRITAL



Dirección: Carrera 30 # 25-90 Piso 9, C
Bogotá - Colombia

Teléfono: (+57) 601 368 (SOPORTE TÉCNICO)

E-mail: bienestar@serviciocivil.gov.co