

**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>	2026-05-01	<b>Hasta:</b>	2026-05-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	CARLOS ESTEBAN MONTAÑEZ ARAGON		<b>Número de Documento:</b>	1010199149
<b>Correo Electrónico:</b>	jccarlosesteban@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3023594998
<b>Nombre del Supervisor:</b>	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	<b>Código Grado:</b> - 009 - 05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	3675-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	303
<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 MEISSEN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
L02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	180	0	17000	\$3060000	96.8%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 3060000</b>	<b>TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2026-02-01	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2026-06-30
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	FEBRERO	\$ 2856000	
2	MARZO	\$ 3298000	
3	ABRIL	\$ 3094000	
4	MAYO	\$ 3060000	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

\$ 15810000		\$ 15810000	\$ 12308000	\$ 3502000
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Prestar los servicios propios del perfil de Tecnólogo(a) en Radiología e Imágenes Diagnósticas, conforme a la Lex Artis, de acuerdo con las necesidades del servicio definidas por LA SUBRED SUR E.S.E., y en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normativa vigente aplicable.	-Toma de estudios de Imágenes Diagnosticas, de acuerdo al agendamiento asignado toma de estudios de los pacientes de urgencias -hospitalización		* 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), para el mes de mayo de 2026
2	2. Desarrollar acciones de información, educación y comunicación orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fomento del autocuidado, en el marco de los procedimientos diagnósticos por imágenes, a nivel individual, familiar y comunitario, cuando aplique.	Portar el carnet de la Institución en la jornada asignada. 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, para el mes de mayo de 2026
3	3. Registrar de manera oportuna y completa en la historia clínica la información correspondiente a los procedimientos e intervenciones realizados al usuario, garantizando integralidad, secuencialidad, claridad y racionalidad científica, conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás autoridades competentes (Resoluciones 1995 de 1999, 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan).	-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 hallan firmado por los pacientes para el mes de mayo de 2026
4	4. Participar en la actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos propios del área de radiología e imágenes diagnósticas, asegurando su adecuada observancia, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado cuando sea procedente y el cumplimiento estricto de 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 dinámica Gerencial y en el drive asignado para tal fin. *Firma del consentimiento informado, para el mes de mayo de 2026
5	5. Contribuir a la identificación, caracterización, seguimiento y canalización de usuarios dentro de las rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información necesaria para la trazabilidad y el seguimiento de indicadores relacionados con el servicio.	* Portar el carnet de la Institución en la jornada asignada. * Cumplir con las actividades del objeto contractual. * Atencion 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 , para el mes de mayo de 2026
6	6. Velar por el uso adecuado y responsable de los insumos, equipos y elementos asignados para la ejecución de las actividades del servicio, informando de manera oportuna al supervisor del contrato cualquier novedad, requerimiento u observación que pueda afectar su disponibilidad, funcionamiento o control.	-*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 correspondiente al mes de mayo de 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Ejecutar las demás actividades propias del perfil que, en relación directa con el objeto contractual, contribuyan al fortalecimiento y adecuado desarrollo de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E.	<p>-* 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 Trabajo SG-SST *Hacer uso adecuado de las claves asignadas 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 asignadas por la Institución * Realización de la notificación de sucesos de seguridad en la Intranet de la Subred Sur *Realización de Actividades realizadas en la Jornadas asignadas *Recibir los elementos de protección al inicio de la jornada, para la protección personal.</p>	<p>-*Notificación de Reporte de sucesos de Seguridad, para el mes de mayo de 2026* Realización de actividades en las jornadas asignadas durante el mes de mayo de 2026* 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. * Realizar la limpieza y desinfección de los elementos y equipos utilizados por cada paciente, para el mes de mayo de 2026</p>

**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	\$ 3094000	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2026	ABRIL	2026	05	11	9503692061	-			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud						FAMISANAR		\$ 218863	\$ 218900
ARL					5	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 0	\$ 0
Caja de Compensación					NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 499100</b>

**INFORMACIÓN DE PAGO**

<b>Entidad Bancaria</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>Tipo de Cuenta</b>	AHORROS	<b>Número de Cuenta</b>	7100708549
-------------------------	-----------------------	-----------------------	---------	-------------------------	------------

**HISTÓRICO**

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CARLOS ESTEBAN MONTAÑEZ ARAGON	2026-05-20 19:54:32
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-05-24 21:23:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-05-25 12:52:24
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	2026-06-11 23:28:04

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**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1010199149		MONTAÑEZ ARAGON CARLOS ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR418M69-075UR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Dias	Mora	Valor
2026-04	2026-04	293806186	9503692061	I	2026/05/13	2026/05/11	BANCO DAVIVIENDA	0	\$534,200

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES				
			Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
		<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>			\$1,750,905	\$280,200	\$1,750,905	\$218,900	\$1,750,905	\$218,900	\$1,750,905	\$35,100	\$35,100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
		<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>			\$1,750,905	\$280,200	\$1,750,905	\$218,900	\$1,750,905	\$218,900	\$1,750,905	\$35,100	\$35,100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
		Ciudad: BOGOTA Depiño: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)			\$1,750,905	\$280,200	\$1,750,905	\$218,900	\$1,750,905	\$218,900	\$1,750,905	\$35,100	\$35,100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1	CC 1010199149	MONTAÑEZ CARLOS	240301	30	\$1,750,905	\$280,200	\$1,750,905	EPS017 30	\$218,900	CFE724 30	\$1,750,905	\$35,100	\$35,100	0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Total</b>		<b>Afiliados( 1)</b>			\$1,750,905	\$280,200	\$1,750,905		\$218,900		\$1,750,905	\$35,100	\$35,100		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENNA e ICBF	
CC 1010199149		MONTANEZ ARAGON CARLOS ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA18N69-07SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777		No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-04	293806186	9503692061	I	2026/05/13	2026/05/11	BANCO DAVIVIENDA	0	\$534,200	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$534,200</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$534,200</b>	

- 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 Contrato
- 9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

VER CONTRATO

### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

Sí  No

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

## Datos guardados

Borrar

Cargar nuevo

# Encuesta de diagnóstico de movilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.  
¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios