

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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-06-01	Hasta:	2026-06-30
Nombre del Contratista:	DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS		Número de Documento:	1013611766
Correo Electrónico:	dco3232@gmail.com		Número Telefónico:	3166992323
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3669-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	303
Perfil:	TÉCNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
L02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS VISTA HERMOSA	180	4	17000	\$3128000	98.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3128000	TRES MILLONES CIENTOVEINTIOCHO MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO
--

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-01			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-06-09	2026-08-31	1	\$ 6052000	1242
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	FEBRERO			\$ 2856000	
2	MARZO			\$ 3298000	
3	ABRIL			\$ 3060000	
4	MAYO			\$ 3060000	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
5	JUNIO	\$ 3128000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 15810000	\$ 21862000	\$ 15402000	\$ 6460000
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 a pacientes de urgencias -hospitalización- Ucis "	"* Registrar en la historia clínica (Dinámica) la información del estudio tomado al paciente *Registrar en el aplicativo AQUILA el estudio tomado con la marcación adecuada con las iniciales del tecnólogo, con integralidad, secuencialidad, clara y completa), para el mes de Junio 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, amabilidad, informando al paciente del estudio que se va a realizar o aclaración o duda."	- 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 Junio 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; de acuerdo a los parámetros indicados con dosis y técnica aplicada para el correcto posicionamiento kVp, mA, mAs: "	- "*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 Junio de 2026. * Parámetros indicados con dosis y técnica adecuada "
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 Aquila *Firma del consentimiento informado, para el mes de Junio 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. * 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 , para el mes de Junio de 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 Junio de 2026.
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.	-"* 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, con calida 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. * Realizar la limpieza y desinfección diaria en el formato correspondiente de acuerdo al perfil."	-Notificación de Reporte de sucesos de Seguridad, para el mes de Junio de 2026 * Realización de actividades en las jornadas asignadas durante el mes de Junio de 2026 * Realizar el uso adecuado de mi usuario asignado, no 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 utilizados por cada paciente, para el mes de Junio de 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	9505490031	-		\$ 3060000
2026	MAYO	2026	06	10				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud					FAMISANAR		\$ 218863	\$ 218900
ARL				5	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 0	\$ 0
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 499100

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488411382325

HISTÓRICO			
OBSERVACIÓN		USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS	2026-06-18 17:36:59
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		DIANA CAROLINA OVALLE CONTRERAS	2026-06-19 12:38:50
ACEPTADO SUPERVISIÓN		NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2026-06-22 21:48:30
ACEPTADO CONTRATACIÓN		ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-06-23 14:33:32
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	2026-07-14 18:19:03

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1013611766		OVALLE CONTRERAS DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18 k # 68 sur 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6356362	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	379581821	9505490031	I	2026/06/17	2026/06/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$506,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,300,000	\$7,800			\$0	\$0		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,300,000	\$7,800			\$0	\$0		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,300,000	\$7,800			\$0	\$0		\$0	\$0	
1	CC	1013611766	OVALLE DIANA	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS017	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,300,000	\$7,800	0	\$0	\$0	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,300,000	\$7,800			\$0	\$0		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013611766		OVALLE CONTRERAS DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18 k # 68 sur 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6356362	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	379581821		9505490031	I	2026/06/17	2026/06/10	BANCO DAVIVIENDA	\$506,900

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	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,800	\$0	\$0	\$7,800	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$7,800	\$0	\$0	\$7,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$506,900	\$0	\$0	\$506,900	



Test de Conocimiento – Registro de Inatenciones en Citas Médicas

Se registró tu respuesta.

[Ver la puntuación](#)

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. - [Comunicarse con el propietario del formulario](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

Google Formularios