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:**	2023-03-01	**Hasta:**	2023-03-31	
Nombre del Contratista:	JENNY PAOLA ORTIZ MARIN		**Número de Documento:**	1033712550	
Correo Electrónico:	ortizjenny414@gmail.com		**Número Telefónico:**	3204199834	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1335-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR DE LABORATORIO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
L07ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	186	79	9430	$2498950	142.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2498950**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 2206620	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7015920	**$ 7015920**	**$ 2206620**	**$ 4809300**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de acuerdo al perfil de Auxiliar de laboratorio clinico acorde con la Lex Artis, segun 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 demàs normas concordantes.	-cumplir con el objetivo del contrato en coordinación con el supervisor de este y acorde con las necesidades de la subred sur	-ordenes de laboratorio
2	2). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos de laboratorio clinico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del *consentimiento informado en los casos* pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-ejecutar las obligaciones especificas acorde con los protocolos guias alineamientos manuales que regulen nuestro perfil	-sistema compronet
3	3). Alistamiento de los insumos necesarios para realizar la toma de muestras en el laboratorio clinico	-se custodia los recursos e insumos documentos en razon a la actividad	-semaforizacion de insumos formatos de limpieza y desinfeccion
4	4). Realizar la toma de muestras para analisis en el laboratorio clinico de la Subred Sur segun orden medica asi como aplicar los *manuales de toma y transporte* de muestras a fin de garantizar las condiciones optimas de procesamiento.	-Se informa a todos los usuarios las condiciones necesarias para la realización del procedimiento.	-Consentimiento informado.
5	5) Alistar, clasificar y distribuir las muestras biologicas para cada una de las secciones del laboratorio.	-Se informa a todos los usuarios las condiciones necesarias para la realización del procedimiento.	-Consentimiento informado.
6	6). Ingresar en el sistema de informacion del laboratorio clinico, los datos de pacientes atendidos y-o muestras recepcionadas, simultanea o inmediatamente despues de su realizacion, con integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demàs 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).	-Se informa a todos los usuarios los deberes y derechos de los usuarios.	-Formato de Socialización de deberes y derechos
7	7) Dar aplicacion a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el profesional de bacteriologia	-Lista de limpieza y desinfección de los equipos asignados.	-Formato de Limpieza y Desinfección
8	8) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-custodian los recursos e insumos, documentos en razón a la actividades.	-Semaforización de insumos. Formato de Limpieza y Desinfección

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 2206620
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1052635027		
2023	FEBRERO	2023	03	14			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	**$ 185600**
Salud		SALUD TOTAL		$ 125000	**$ 145000**
ARL	3	SURA		$ 24360	**$ 28300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 290220**	**$ 358900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870451376

Jenny Paola Ortiz Marin

JENNY PAOLA ORTIZ MARIN
1033712550

Nancy T. Tabares R.

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-03-14, 05:00:54 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1052635027

Periodo Cotización: febrero de 2023 **Periodo Servicio:** febrero de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8850647970

PAGADO 14/03/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNY PAOLA ORTIZ MARIN		
Documento	CC1033712550	**Dirección**	CRA 18 N 60 G -37 SUR MEISEN
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204199834
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	INT_P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1033712550	JENNY PAOLA ORTIZ MARIN	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 145.000	2.436	$ 1.160.000	$ 28.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.900	$ 600	$ 359.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	JENNY PAOLA ORTIZ MARIN FEBRERO PDF.pdf	JENNY PAOLA ORTIZ MARIN FEBRERO PDF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >