| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2023-08-01 | **Hasta:** | 2023-08-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | JENNY PAOLA ORTIZ MARIN | | **Número de Documento:** | 1033712550 | |
| **Correo Electrónico:** | ortizjenny414@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3204199834 | |
| **Nombre del Supervisor:** | VANESA MCCORMICK SALCEDO | **Cargo:** | DIRECTORA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS ( E ) | **Código - Grado:** | |

## 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 | 174 | 0 | 9430 | $1640820 | 93.5% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1640820** | **UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS VEINTEPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-04-01 | 2023-06-30 | 1 | $ 161850 | 1338 |
| 2 | 2023-05-01 | 2023-07-31 | 2 | $ 4679660 | 1561 |
| 3 | 2023-07-01 | 2023-08-31 | 3 | $ 1580320 | 2129 |
| 4 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 4 | $ 1640820 | 2427 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | FEBRERO | $ 2206620 |
| 2 | MARZO | $ 2498950 |
| 3 | ABRIL | $ 2470660 |
| 4 | MAYO | $ 2348070 |
| 5 | JUNIO | $ 2282060 |
| 6 | JULIO | $ 1631390 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 7015920** | **$ 15078570** | **$ 13437750** | **$ 1640820** |

| | 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. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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 | $ 1631390 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1056237504 | | |
| 2023 | JULIO | 2023 | 08 | 10 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTAPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1160000 | $ 185600 | **$ 185600** |
| Salud | | SALUD TOTAL | | $ 145000 | **$ 145000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 28258 | **$ 28300** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 336655** | **$ 358900** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

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

**JENNY PAOLA ORTIZ MARIN**
**1033712550**

**VANESA MCCORMICK SALCEDO**
**DIRECTORA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS ( E )**

imple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-08-10, 04:51:49 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1056237504

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

**PAGADO 10/08/2023**

## DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| cial | JENNY PAOLA ORTIZ MARIN | | |
| to | CC1033712550 | Dirección | CRA 18 N 60 G -37 SUR MEISEN |
| mpresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3204199834 |
| ona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| tante Legal | | Identificación | |
| ados | 1 | ARP | ARL SURA |

## LE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IGE | RET | RET F | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | Días ATEP | Días EPS | Días APO | Días Cot | 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 Mineducación | Total |
| ENNY 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 |

## TALES

| sión | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 60.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 | $ 0 | $ 358.900 |



de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.

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?** ○ SI ◉ 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 |
| ☐ | JENNY PAOLA ORTIZ MARIN MARZO.pdf | JENNY PAOLA ORTIZ MARIN MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JENNY PAOLA ORTIZ ABRIL PDF.pdf | JENNY PAOLA ORTIZ ABRIL PDF.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JENNY PAOLA ORTIZ MARIN MAYO.pdf | JENNY PAOLA ORTIZ MARIN MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JENNY PAOLA ORTIZ MARIN JUNIO PDF.pdf | JENNY PAOLA ORTIZ MARIN JUNIO PDF.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JENNY PAOLA ORTIZ MARIN JULIO PDF.pdf | JENNY PAOLA ORTIZ MARIN JULIO PDF.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

# Lista de Asistencia Actividades de Bienestar y Capacitación

Thank you for your response.

Modificar tu respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. Notificar uso inadecuado - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios