

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	MARISOL CUESTA ALFONSO		Número de Documento:	1020727112	
Correo Electrónico:	marisol-cuesta@hotmail.com		Número Telefónico:	3108089366	
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	Cargo:	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2901-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	480
Perfil:	AUXILIAR DE LABORATORIO				
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
L07TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNAL	150	0	9430	\$1414500	80.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1414500	UN MILLON CUATROCIENTOS CATORCE MIL QUINIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-04-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-04-01	2024-06-30	1	\$ 6393540	1016
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 3385370	1553
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 3130760	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 1320200	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 1188180	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 622380	2962

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	\$ 1516400	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 1516400	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	\$ 622380	2962
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 2206620	
2		MARZO		\$ 2206620	
3		ABRIL		\$ 2414080	
4		MAYO		\$ 2300920	
5		JUNIO		\$ 2244340	
6		JULIO		\$ 1952010	
7		AGOSTO		\$ 1527660	
8		SEPTIEMBRE		\$ 1527660	
9		OCTUBRE		\$ 1584240	
10		NOVIEMBRE		\$ 1301340	
11		DICIEMBRE		\$ 1414500	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5261940		\$ 24957550		\$ 20679990	\$ 4277560
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 perfil Auxiliar de Laboratorio Clínico acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	--REALIZAR ACTIVIDADES EN EL ÁREA DEL LABORATORIO INGRESAR AL SISTEMA MONTAR MUESTRAS Y DISTRIBUIRLAS Y POR EL LABORATORIO CLÍNICO TOMA DE MUESTRAS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO INGRESAR PACIENTES AL CENTRIFUGAR		---FORMATOS Y CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PLANILLAS DE RECEPCIÓN DE MUESTRA	
2	2). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de laboratorio clínico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	---ADHERENCIA A LOS FORMATOS GUÍAS PRESUROSOS Y DIRECCIONALMENTE PRENDIMIENTOS DEL LABORATORIO CLÍNICO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PACIENTES		--FORMATOS Y CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PLANILLAS DE RECEPCIÓN DE MUESTRA	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3). Realizar alistamiento de los insumos necesarios para realizar la toma de muestras en el laboratorio clínico.	---ALISTAMIENTOS DE TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS TANTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS COMO PARA LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN EL LABORATORIO COMO TOMA DE MUERAS Y PROCESAMIENTO	---FORMATOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA TOMA DE MUESTRA
4	4). Realizar la toma de muestras para análisis en el laboratorio clínico de la Subred Sur según orden médica así como aplicar los manuales de toma y transporte de muestras a fin de garantizar las condiciones óptimas de procesamiento.	---SEPARAR LAS MUESTRAS QUE LLEGAN DE LAS OTRAS UNIDADES, Y PASAR A CADA UNA DE LAS SECCIONES, REALIZAR MONTAJE Y CENTRIFUGAR	---VERIFICAR QUE LAS MUESTRAS LLEGAN EN LA REMISION Y ESTEN COMPLETAS
5	5) Alistar, clasificar y distribuir las muestras biológicas para cada una de las secciones del laboratorio	---DISTRIBUCIÓN DE LAS MUESTRAS EN CADA SECCIÓN SEGÚN CORRESPONDAN AL ÁREA DEL LABORATORIO	---FORMATOS DE ENTRADA DE TURNO Y DE DESINFECCIÓN
6	6). Ingresar en el sistema de información del laboratorio clínico, los datos de pacientes atendidos y/o muestras recepcionadas, simultánea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya).	---CENTRIFUGAR LAS MUESTRAS SEPARAR Y SOLICITAR LOS SERVICIOS SI ES NECESARIO	---CENTRIFUGAR LAS MUESTRAS SEPARAR Y SOLICITAR LOS SERVICIOS SI ES NECESARIO
7	7) Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el profesional de bacteriología.	---REMISIONES DE LABORATORIO DE REFERENCIA COLOCAN Y SECRETARIA DE SALUD PUBLICA	-REMISIONES
8	8) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	---SEPARAR LAS MUESTRAS QUE LLEGAN DE LAS OTRAS UNIDADES, Y PASAR A CADA UNA DE LAS SECCIONES, REALIZAR MONTAJE Y CENTRIFUGAR	---SEPARAR LAS MUESTRAS QUE LLEGAN DE LAS OTRAS UNIDADES, Y PASAR A CADA UNA DE LAS SECCIONES, REALIZAR MONTAJE Y CENTRIFUGAR

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	\$ 1301340
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9477468501	-		
2025	NOVIEMBRE	2024	12	16				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON TRESCIENTOS UN MIL TRESCIENTOS CUARENTAPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 209700
Salud					SALUD TOTAL		\$ 177938	\$ 163800
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 32000
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 405500

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	22321822

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARISOL CUESTA ALFONSO	2024-12-15 19:01:04
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARISOL CUESTA ALFONSO	2024-12-16 19:35:20
ACEPTADO SUPERVISIÓN	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	2024-12-17 21:03:44
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-12-18 11:55:16
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	2025-01-17 15:40:17

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.


CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ
DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS