

	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:	ANA MILENA BAQUERO CARO		Número de Documento:	1010034957	
Correo Electrónico:	milenaussanjuan@gmail.com		Número Telefónico:	3112631861	
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	Cargo:	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2977-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	480
Perfil:	AUXILIAR DE LABORATORIO				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS NAZARETH				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
L07NN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS NAZARETH	186	0	11770	\$2189220	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2189220	DOS MILLONES CIENTOOCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS					

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	\$ 4378440	1016
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 4378440	1553
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 4378440	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 2189220	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 2189220	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 622380	2962

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	\$ 1022550	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 1022550	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		\$ 2189220	
2		MARZO		\$ 2189220	
3		ABRIL		\$ 2189220	
4		MAYO		\$ 2189220	
5		JUNIO		\$ 2189220	
6		JULIO		\$ 2189220	
7		AGOSTO		\$ 2189220	
8		SEPTIEMBRE		\$ 2189220	
9		OCTUBRE		\$ 2189220	
10		NOVIEMBRE		\$ 2189220	
11		DICIEMBRE		\$ 2189220	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6567660		\$ 27371280		\$ 24081420	\$ 3289860
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.	- cumplir con la implementación y ejecución de los protocolos y guías establecidos por la SubRed Sur, diligenciados de la manera correcta.		-• -Formatos establecidos según procedimiento	
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.	--cumplir con la implementación y ejecución de los protocolos y guías establecidos por la sub red sur, diligenciados consentimiento y disentimientos establecidos para cada proceso.		-• Formatos establecidos, consentimientos y disentimientos toma de muestras microbiológicas y sanguíneas de laboratorio clínico, Test dinámicos.	
3	3). Realizar alistamiento de los insumos necesarios para realizar la toma de muestras en el laboratorio clínico.	-Diligenciamiento de formatos de muestras, alistar todos los elementos y/o insumos necesarios para la toma de cada uno de los exámenes correspondientes.		-• Registró Toma de Muestras Laboratorio Clínico Ruralidad, registró en los sistemas, Dinámica Y Compronet	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-ingresar órdenes de laboratorio clínico a los sistemas de dinámica y compronet, explicar y orientar a los usuarios de manera correcta. Recolección de muestras recomendaciones y preparación para la toma de los exámenes, entrega de los mismos.	-• -Registro en el sistema Dinámica, compronet y registro toma de muestras de laboratorio clínico, registro entrega de resultados, y demás formatos establecidos.
5	5) Alistar, clasificar y distribuir las muestras biológicas para cada una de las secciones del laboratorio	-velar y participar del cuidado, mantenimiento y limpieza y asepsia de los elementos y demás equipos del laboratorio. Realizar adecuada separación y embalaje de muestras según unidad que corresponda.	-• -Registro en el sistema de Compronet . Formato de remisión y registro de envío
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).	-ingresar órdenes de laboratorio clínico a los sistemas de dinámica y compronet, verificando los datos del usuario que sea los correctos.	-• Registro Toma de muestras laboratorio clínico, registro de entrega de resultados consulta externa y domiciliaria y sistemas Dinamia y compronet.
7	7) Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el profesional de bacteriología.	-ingresar órdenes de laboratorio clínico a los sistemas de dinámica y compronet, explicar y orientar a los usuarios de manera correcta. Recolección de muestras recomendaciones y preparación para la toma de los exámenes,	-• Formatos establecidos según procedimiento
8	8) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-9.De acuerdo a las indicaciones por el profesional de enlace o jefe de oficina Asistencia a reuniones programadas - Apoyo en archivo de la unidad	-Planillas de asistencia

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		\$ 2189220
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	81829571	-			
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 208000	
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 162500	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 31700	
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 413129	\$ 402200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24072616608	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANA CARO BAQUERO MILENA		2024-12-12 13:32:41		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ		2024-12-14 17:40:08		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-12-14 19:24:36		
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 15:40:14		

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010034957	ANA MILENA BAQUERO CARO		CLL 57R BIS SUR N 77B 03	3112631861	HANNAMILHENA@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	81829571	TOTAL A PAGAR \$428.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010034957	ANA MILENA BAQUERO CARO		CLL 57R BIS SUR N 77B 03	3112631861	HANNAMILHENA@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	81829571	\$428.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IDE	UMA	UMA	VAC	VAC	VPT	IBL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010034957	BAQUERO CARO ANA MILENA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0	

PAGADA



Buscar...

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización?
☐ Si ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contr...

Valor total de la factura

Fecha de emisión

Fecha de recepción

Estado

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por
☐	Cuenta de Febrero - Cuenta N° 2977-2024.pdf	Cuenta de Febrero - Cuenta N° 2977-2024.pdf	Proveedor Detalle
☐	Cuenta de Marzo - Cuenta N° 2977-2024.pdf	Cuenta de Marzo - Cuenta N° 2977-2024.pdf	Proveedor Detalle
☐	Cuenta de Abril - Cuenta N° 2977-2024.pdf	Cuenta de Abril - Cuenta N° 2977-2024.pdf	Proveedor Detalle
☐	Cuenta de Mayo I - Cuenta N° 2977-2024.pdf	Cuenta de Mayo I - Cuenta N° 2977-2024.pdf	Proveedor Detalle
☐	Cuenta Junio - Contrato N° 2977-2024.pdf	Cuenta Junio - Contrato N° 2977-2024.pdf	Proveedor Detalle
☐	CTO 2977-2024 JULIO USS SAN JUAN SUMAPAZ...pdf	CTO 2977-2024 JULIO USS SAN JUAN SUMAPAZ...pdf	Proveedor Detalle
☐	CTO 2977-2024 AGOSTO USS SAN JUAN SUMAPAZ.pdf	CTO 2977-2024 AGOSTO USS SAN JUAN SUMAPAZ.pdf	Proveedor Detalle
☐	CTO 2977-2024 SEPTIEMBRE USS SAN JUAN SUMAPAZ.pdf	CTO 2977-2024 SEPTIEMBRE USS SAN JUAN SUMAPAZ.pdf	Proveedor Detalle
☐	CTO 2977-2024 OCTUBRE USS SAN JUAN SUMAPAZ.pdf	CTO 2977-2024 OCTUBRE USS SAN JUAN SUMAPAZ.pdf	Proveedor Detalle
☐	CTO 2977-2024 NOVIEMBRE USS SAN JUAN SUMAPAZ.pdf	CTO 2977-2024 NOVIEMBRE USS SAN JUAN SUMAPAZ.pdf	Proveedor Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >