

	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:	WENDY TATIANA ZARATE FIGUEREDO			Número de Documento:	1033791243		
Correo Electrónico:	Wtzaratef58@gmail.com			Número Telefónico:	3102316312		
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	Cargo:	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		Código Grado:	-	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2986-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	480
Perfil:	TÉCNICO EN DEPOSITO DE CADAVERES Y CADENA DE CUSTODIA				
Dirección a la que Perteneces:	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
L01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	186	6	11550	\$2217600	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2217600	DOS MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS 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	\$ 4088700	1016
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 4296600	1553
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 4435200	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 2217600	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 2079000	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 762300	2962

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	\$ 981750	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 981750	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	\$ 762300	2962
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 2079000	
2		MARZO		\$ 2079000	
3		ABRIL		\$ 2079000	
4		MAYO		\$ 2217600	
5		JUNIO		\$ 2079000	
6		JULIO		\$ 2356200	
7		AGOSTO		\$ 2217600	
8		SEPTIEMBRE		\$ 2079000	
9		OCTUBRE		\$ 2079000	
10		NOVIEMBRE		\$ 2079000	
11		DICIEMBRE		\$ 2217600	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6444900		\$ 27050100		\$ 23562000	\$ 3488100
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 Técnico en Depósito de Cadáveres y Cadena de Custodia 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.	-En el laboratorio de patología recepcionando las diferentes muestras que ingresan al servicio, procedentes de diferentes áreas para su respectivo cargue en el sistema y posterior registro en el sistema de información.		----Formato registro diario de facturación sistema de información, libro registro	
2	2). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, normas del Instituto Nacional de Medicina Legal en el manejo de cadáveres, procedimientos de patología y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Estar dispuesto a realizar las demás actividades que se presente fuera de las establecidas en el contrato y que el servicio o área de patología lo requiera.		-----Indicador de productividad mensual	
3	3). Verificar que antes de enviar el cuerpo a necropsia clínica se realice el consentimiento informado (integralmente diligenciado y firmado).	--Reportar al jefe inmediato cualquier irregularidad en el funcionamiento del equipo.		- ---Asignación de número consecutivo.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4). Registrar en la historia clínica y/o sistema de información del laboratorio de patología toda la información, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas las internacionalmente aprobadas), 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 normas que la modifiquen o sustituya).	--Realizar diariamente el número de actividades acorde con las horas contratadas. -	- ---Comunicación verbal o escrita.
5	5). Recepcionar los cadáveres que entreguen los diferentes servicios, verificando los datos demográficos de la historia clínica y documento de identificación del cuerpo, para registro de dicha información en los libros y planillas de la morgue.	-Relacionar en el sistema de información medica, libros y formatos de todos los cadáveres que ingresen.	-----Encuesta de satisfacción del cliente interno y/o externo
6	6). Realizar los procedimientos propios del diagnóstico patológico a todas las muestras, órganos y demás que le sean requeridos por orden médica, emitiendo un concepto técnico oportuno, de forma veraz y completo para el equipo de salud.	-Realizando y registrando la ejecución continua de las muestras anatomopatológicas. -	- ---Comunicación verbal o escrita.
7	7) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Estar dispuesto a realizar las demás actividades que se presente fuera de las establecidas en el contrato y que el servicio o área de patología lo requiera.	-----Comunicación verbal o escrita.

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		\$ 2079000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82628621	-			
2025	NOVIEMBRE	2024	12	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SETENTA Y NUEVE MIL 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				5	SURA		\$ 0	\$ 0	
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 413129	\$ 370500	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4870461045	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					WENDY TATIANA ZARATE FIGUERO			2024-12-13 13:48:15	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ			2024-12-14 22:53:36	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2024-12-15 14:02:07	
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 15:40:22	

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 Mora Diaz

CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ
DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033791243	WENDY TATIANA ZARATE FIGUERO		calle 152 a n 54-37	5691725	wtzaratef58@gmail.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
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-12	2024-12	I	14/01/2025	82627956	\$396.500
TOTAL A PAGAR					

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										

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	0	0	0
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	396.500	396.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033791243	WENDY TATIANA ZARATE FIGUERO		calle 152 a n 54-37	5691725	wtzaratef58@gmail.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
2024-12	2024-12	I	14/01/2025	82627956	\$396.500
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1033791243	ZARATE FIGUERO WENDY TATIANA	3	0		N																	230301	1.300.000	208.000	0	0		0	0	EPS008	1.300.000	162.500		0		0	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA