

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1020727112		CUESTA ALFONSO MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIG 52 SUR 34 75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1289670896	9480535187	I	2025/02/05	2025/02/25	NEQUI	20	\$446,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC	1020727112	CUESTA MARISOL	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5002	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020727112		CUESTA ALFONSO MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIG 52 SUR 34 75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1289670896	9480535187	I	2025/02/05	2025/02/25	NEQUI	20	\$446,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$3,100	\$0	\$230,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$3,100	\$0	\$230,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$500	\$0	\$35,200	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$500	\$0	\$35,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$2,400	\$0	\$180,400	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$2,400	\$0	\$180,400	
TOTAL				1	\$440,500	\$6,000	\$0	\$446,500	

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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-21	Hasta:	2025-01-31
Nombre del Contratista:	MARISOL CUESTA ALFONSO		Número de Documento:	1020727112
Correo Electrónico:	marisol-cuesta@hotmail.com		Número Telefónico:	3108089366
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	Código - Grado:

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3514-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
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	54	0	11519	\$622026	87.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 622026	SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL VEINTISEISPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO
--

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ENERO	\$ 622026	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 17140272	\$ 17140272	\$ 622026	\$ 16518246

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
---	--	----------------------

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	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	-DECENCIA A LOS FORMATOS GUÍAS PRESUROSO Y DIRECCIONAL MENTE PRENDIMIENTOS DEL LABORATORIO CLÍNICO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PACIENTES	-DECENCIA A LOS FORMATOS GUÍAS PRESUROSO Y DIRECCIONAL MENTE PRENDIMIENTOS DEL LABORATORIO CLÍNICO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PACIENTES
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	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 REMISIÓN Y ESTÉN COMPLETAS
5	Alistar, clasificar y distribuir las muestras biológicas para cada una de las secciones del laboratorio	-STRIBUCIÓN DE LAS MUESTRAS EN CADA SECCIÓN SEGÚN CORRESPONDAN AL ÁREA DEL LABORATORIO	--FORMATOS DE ENTRADA DE TURNO Y DE DESINFECCIÓN
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	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 DE LABORATORIO DE REFERENCIA COLOCAN Y SECRETARIA DE SALUD PUBLICA
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 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		2025-02-04 15:49:49	
ACEPTADO SUPERVISIÓN		NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA		2025-02-05 07:50:42	
ACEPTADO CONTRATACIÓN		ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-02-06 11:01:45	
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		2025-02-18 15:49:05	

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.						
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-01	Hasta:	2025-01-20			
Nombre del Contratista:	MARISOL CUESTA ALFONSO			Número de Documento:	1020727112		
Correo Electrónico:	marisol-cuesta@hotmail.com			Número Telefónico:	3108089366		
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS		Código - Grado:		
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	2901-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	480		
Perfil:	AUXILIAR DE LABORATORIO						
Dirección a la que Pertenece:	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	Procetaje(%) Centro de Costos
L07ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	108	0	9430	\$1018440	82.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1018440	UN MILLON DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS					
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
10	2025-01-01	2025-01-09	10	\$ 622380	2962
11	2025-01-09	2025-01-20	11	\$ 1516400	26
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	
12		ENERO		\$ 1018440	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5261940		\$ 27096330		\$ 21698430	\$ 5397900
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	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	DECENCIA A LOS FORMATOS GUÍAS PRESUROSO Y DIRECCIONAL MENTE PRENDIMIENTOS DEL LABORATORIO CLÍNICO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PACIENTES	FORMATOS Y CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PLANILLAS DE RECEPCIÓN DE MUESTRA
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 REMISIÓN Y ESTÉN 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 DE COLCAN
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 Honorarios de Certificados el Mes Anterior		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9479082810	-		\$ 1414500	
2024	DICIEMBRE	2025	01	21					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON CUATROCIENTOS CATORCE MIL QUINIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 866666.66666667	\$ 138667	\$ 209900	
Salud					SALUD TOTAL		\$ 108333	\$ 164000	
ARL				3	SURA		\$ 21112	\$ 32000	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 251524	\$ 405900	
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			2025-01-28 15:45:54	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA			2025-01-29 17:00:00	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2025-01-30 10:03:18	
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			2025-02-18 15:49:05	

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS