

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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-06-01	Hasta:	2025-06-30
Nombre del Contratista:	WENDY TATIANA ZARATE FIGUEREDO		Número de Documento:	1033791243
Correo Electrónico:	Wtzaratef58@gmail.com		Número Telefónico:	3102316312
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado: - 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3540-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
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	Procentaje(%) Centro de Costos
L01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	180	0	11550	\$2079000	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2079000	DOS MILLONES SETENTA Y NUEVE MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-22	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ENERO	\$ 750750	
2	FEBRERO	\$ 2217600	
3	MARZO	\$ 2494800	
4	ABRIL	\$ 2079000	
5	MAYO	\$ 2079000	
6	JUNIO	\$ 2079000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 17186400	\$ 17186400	\$ 11700150	\$ 5486250
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 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	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	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	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	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 médica, libros y formatos de todos los cadáveres que ingresen. -	-----Encuesta de satisfacción del cliente interno y/o externo
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	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

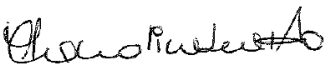
INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		\$ 2079000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	86937629	-			
2025	MAYO	2025	06	20					
Valor honorarios certificados el mes anterior 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	\$ 229000
Salud					COMPENSAR	\$ 177938		\$ 179000	
ARL					5	SURA		\$ 0	\$ 0
Caja de Compensación					SI	COMPENSAR	Total	\$ 413129	\$ 408000

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 FIGUEREDO	2025-06-24 00:19:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	WENDY TATIANA ZARATE FIGUEREDO	2025-06-24 21:45:15
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-06-25 12:22:11
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-06-27 15:15:44

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.



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS