

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-08-01	Hasta:	2025-08-31			
Nombre Contratista:	del	PAULA CAMILA JIMENEZ COBOS	Número de Documento:	1001277221			
Correo Electrónico:	camila.ajc0209@gmail.com		Número Telefónico:	3178602517			
Nombre Supervisor:	del	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	-	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5559-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	BACTERIÓLOGO				
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	Procentaje(%) Centro de Costos
L07TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNAL	174	0	20626	\$3588924	93.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3588924	TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICUATROPESOS					

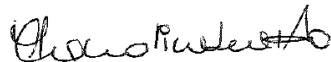
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-05-02		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 6620946	1314
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MAYO		\$ 3279534	
2		JUNIO		\$ 3238282	
3		JULIO		\$ 3568298	
4		AGOSTO		\$ 3588924	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 15345744		\$ 21966690		\$ 13675038	\$ 8291652
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 Bacteriólogo(a) 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 (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Realizar el procedimiento de todas las muestras que lleguen al turno y área correspondiente donde este realizando las actividades propias de bacteriología.		-Resultados de laboratorio.	
2	Ejecutar el programa de control de calidad interno y externo en cada una de las áreas o secciones donde desarrolle sus actividades.	-Realizar los controles correspondientes para cada una de las áreas o secciones donde realice turno.		-Controles y calibradores.	
3	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de laboratorio clínico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Apoyo en la elaboración de formatos, protocolos, guías procedimientos de laboratorio clínico y adherirse a los mismos, incluyendo el consentimiento, MYPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.		-Manuales, protocolos, guías, procedimientos de laboratorio clínico, consentimiento informado.	
4	Dar instrucciones claras y precisas con respecto a las condiciones adecuadas en la toma de muestras, a los diferentes servicios y auxiliares de laboratorio para garantizar calidad y veracidad de los resultados.	-Apoyar a las auxiliares en cuanto a la información requerida para la toma de muestras y montaje de estas cuando sea necesario.		-Procesamiento de muestras tomadas adecuadamente.	
5	Realizar acompañamiento permanente al personal auxiliar de laboratorio a fin de garantizar la adherencia a los procesos y procedimientos institucionales	-Entrega de información técnica a las auxiliares que les ayude en la toma, montaje y distribución de muestras para la entrega de un óptimo resultado.		-Procesos adecuados.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Registrar en el sistema de informacion de laboratorio clinico toda la informacion de los resultados de exámenes diagnósticos de laboratorio que realice al paciente, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Ente competente que regula la materia (Resolucion 1995/1999, 889/2019).	-Validación de los resultados de manera optima, veraz y con conocimiento necesario para la entrega de resultados exactos.	-Resultados de laboratorio clínico.
7	Diligenciar los resultados criticos de laboratorio clinico en el formato institucional y reportar de manera inmediata a traves de los medios definidos al servicio tratante, así mismo validar con oportunidad, claridad, precisión los resultados de paraclnicos que se realice según orden mèdica.	-Registro en formato de alertas criticas.	-Formato de alertas criticas.
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Lo que requiera la referente del laboratorio clínico.	-Lo que requiera la referente del laboratorio clínico.

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	\$ 3568298
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	JULIO	2025	08	11	88939973	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHOPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1427319	\$ 228371	\$ 228600
Salud					SÁNITAS		\$ 178415	\$ 178600
ARL				3	POSITIVA		\$ 34769	\$ 34900
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 414237	\$ 442100
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	0550488408812466	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					PAULA CAMILA JIMENEZ COBOS		2025-08-26 20:55:25	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-08-29 10:37:44	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-08-29 12:10:17	

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.



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS