

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-10-01	Hasta:	2025-10-31
Nombre del Contratista:	PAULA CAMILA JIMENEZ COBOS		Número de Documento:	1001277221
Correo Electrónico:	camila.ajc0209@gmail.com		Número Telefónico:	3178602517
Nombre del Supervisor:	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	178	0	20626	\$3671428	95.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3671428	TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHOPESOS					

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
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 3052648	1767
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	MAYO			\$ 3279534	
2	JUNIO			\$ 3238282	
3	JULIO			\$ 3568298	

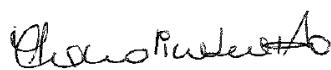
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO				
4	AGOSTO	\$ 3588924		
5	SEPTIEMBRE	\$ 3671428		
6	OCTUBRE	\$ 3671428		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 15345744		\$ 25019338	\$ 21017894	\$ 4001444
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		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, MYPRES 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.	-Entrega de información técnica a las auxiliares que les ayude en la toma, montaje y distribución de muestras para la entrega de un optimo resultado.	-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 optimo resultado.	-Procesos adecuados.	
6	Registrar en el sistema de informacion de laboratorio clinico toda la información de los resultados de exámenes diagnósticos de laboratorio que realice al paciente, 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 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.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Diligenciar los resultados críticos de laboratorio clínico en el formato institucional y reportar de manera inmediata a través de los medios definidos al servicio tratante, así mismo validar con oportunidad, claridad, precisión los resultados de paraclínicos que se realice según orden médica.	-Registro en formato de alertas críticas.	-Formato de alertas críticas.
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	\$ 3671428
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	10	90574873	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHOPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1468571	\$ 234971	\$ 235600
Salud					SÁNTITAS		\$ 183571	\$ 184100
ARL				3	POSITIVA		\$ 35774	\$ 35900
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 426208	\$ 455600
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0550488408812466		
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				PAULA COBOS	CAMILA JIMENEZ	2025-10-24 21:14:54		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				MARIA APONTE	CAROLINA LEAL	2025-10-27 23:49:04		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALBERTO	ALEXANDRA LOZANO	2025-10-28 18:32:43		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALBERTO	ALEXANDRA LOZANO	2025-10-28 18:32:45		
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 ALBERTO	ALEXANDRA LOZANO	2025-11-18 12:42:04		

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