

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-01-01	Hasta:	2026-01-31			
Nombre Contratista:	del	DEISY MAYURI CARO	Número de Documento:	53038827			
Correo Electrónico:		deisycaro84@hotmail.com	Número Telefónico:	3015384864			
Nombre Supervisor:	del	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	-	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3434-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	AUXILIAR DE LABORATORIO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS 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	186	60	11519	\$2833674	132.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2833674	DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATROPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20		
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 4181397	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 3939498	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 3547852	1890
4	2026-01-10	2026-01-31	4	\$ 1958230	81
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar			
1	ENERO	\$ 1048229			

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	\$ 2211648
3	MARZO	\$ 2315319
4	ABRIL	\$ 2177091
5	MAYO	\$ 2303800
6	JUNIO	\$ 2027344
7	JULIO	\$ 2465066
8	AGOSTO	\$ 2142534
9	SEPTIEMBRE	\$ 2856712
10	OCTUBRE	\$ 2856712
11	NOVIEMBRE	\$ 2511142
12	DICIEMBRE	\$ 2925826
13	ENERO	\$ 2833674

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 17140272	\$ 30767249	\$ 30675097	\$ 92152

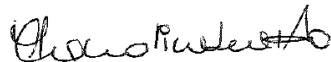
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 Prestar servicios de perfil Auxiliar de Laboratorio Clínico acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes	REALIZAR ACTIVIDADES EN EL ÁREA DE LABORATORIO CLÍNICO O TOMA DE MUESTRAS DE ACUERDO ALAS NECESIDADES DEL SERVICIO INGRESAR PACIENTES AL SISTEMA MONTAR	INGRESO AL SISTEMA DILIGENCIAR FORMATOS
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	ADHERENCIA A LOS FORMATOS. GUÍAS. PROCESOS. Y PROCEDIMIENTOS. DEL LABORATORIO CLÍNICO. DILIGENCIA MIENTO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PACIENTES	FORMATOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADO
3 Realizar alistamiento de los insumos necesarios para realizar la toma de muestras en el laboratorio clínico	ALISTAMIENTO DE TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS NECESARIO TANTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS COMO PARA LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE REALIZAN EN LA TOMA O PROCEDIMIENTOS	FORMATOS DILIGENCIADOS DE 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
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.	ALISTAMIENTO DE TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS NECESARIO TANTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS COMO PARA LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE REALIZAN EN LA TOMA O PROCEDIMIENTOS	FORMATOS DILIGENCIADOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS. PLANILLAS, DE RECEPCIÓN DE MUESTRA
5	Alistar, clasificar y distribuir las muestras biológicas para cada una de las secciones del laboratorio	ALISTAMIENTO DE TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS NECESARIO TANTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS COMO PARA LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE REALIZAN EN LA TOMA O PROCEDIMIENTOS	FORMATOS DILIGENCIADOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS. PLANILLAS, DE RECEPCIÓN DE MUESTRA
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)	ALISTAMIENTO DE TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS NECESARIO TANTO PARA LA TOMA DE MUESTRAS COMO PARA LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE REALIZAN EN LA TOMA O PROCEDIMIENTOS	FORMATOS DILIGENCIADOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS. PLANILLAS, DE RECEPCIÓN DE MUESTRA
7	Dar aplicación a las orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el profesional de bacteriología.	CENTRIFUGAR MUESTRAS O SOLICITAR A LOS SERVICIOS SI ES NECESARIO	CENTRIFUGAR MUESTRAS O SOLICITAR A LOS SERVICIOS SI ES NECESARIO
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	HACER PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE MIS ACTIVIDADES REALIZANDO CURSOS Y ACTIVIDADES, CAPACITACIONES	HACER PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE MIS ACTIVIDADES REALIZANDO CURSOS Y ACTIVIDADES, CAPACITACIONES

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 2925826
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	DICIEMBRE	2026	01	06	9496926806	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTISEISPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	Total	\$ 413129	\$ 440500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	2100126305	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DEISY MAYURI CARO		2026-01-20 21:27:55	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2026-01-22 17:48:12	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-01-24 17:55:11	
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		2026-02-19 13:58:16	

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