Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-04-01	**Hasta:**	2026-04-30	
Nombre del Contratista:	MARTHA DIANA GARZON TORRES		**Número de Documento:**	51955522	
Correo Electrónico:	alpidiah17@gmail.com		**Número Telefónico:**	3002215973	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3658-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	303
Perfil:	BACTERIÓLOGO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNJUELITO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
L07VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS VISTA HERMOSA	168	0	21866	$3673488	90.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3673488**	**TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-01-31	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 4569994	
2	MARZO	$ 4263870	
3	ABRIL	$ 3673488	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 20335380	**$ 20335380**	**$ 12507352**	**$ 7828028**

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Prestar los servicios profesionales propios del perfil de Bacteriólogo(a), conforme a la Lex Artis, de acuerdo con las necesidades del servicio definidas por LA SUBRED SUR E.S.E., y en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y las demás disposiciones normativas aplicables.	-Se presta servicios profesionales en el laboratorio clínico en la UMHES Tunjuelito, para las pruebas de laboratorio clínico, aplicando las guías, manuales y procedimientos propios de las diferente secciones del laboratorio clínico	-Registro de resultados durante el mes descargados del sistema Compronet. Documentación de los controles internos y externos realizados.
2	2. Ejecutar las actividades correspondientes al programa de control de calidad interno y externo en las áreas o secciones del laboratorio clínico donde desarrolle sus servicios, conforme a los lineamientos técnicos y regulatorios vigentes.	-Se realiza de forma diaria estudio de los controles y calibraciones pendientes en los diferentes equipos para su debido funcionamientos durante la jornada de manera oportuna para el procesamiento de las diferentes muestras biológicas.	-Registro de controles y calibraciones en la bitácora de control de calidad interno . Hoja de mantenimiento de cada uno de los equipos
3	3. Participar en la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos del laboratorio clínico, asegurando su adecuada observancia, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado y de las plataformas o sistemas establecidos (como MIPRES), cuando resulte procedente, y garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-Se presta servicios como profesional en bacteriología de forma integral y oportuna en beneficio de la personas que acuden al servicio de laboratorio clínico, con el pleno cumplimiento del sistema obligatorio garantía de calidad.	-Indicadores de oportunidad en los diferentes servicios.
4	4. Emitir orientaciones técnicas claras y precisas sobre las condiciones adecuadas para la toma, manejo y transporte de muestras, dirigidas a los servicios asistenciales y al personal auxiliar del laboratorio, con el fin de asegurar la calidad, confiabilidad y veracidad de los resultados.	-Se orienta a los diferentes puntos de toma de muestra en el correcto proceso pe-analítico para los exámenes requeridos para los pacientes con el fin de brindar confiabilidad en el reporte de los resultados.	-Planilla y actas de socialización de las diferentes capacitaciones
5	5. Brindar acompañamiento técnico al personal auxiliar de laboratorio, orientado a la correcta aplicación de los procesos y procedimientos institucionales, sin que ello implique subordinación laboral ni funciones de dirección administrativa.	-De manera mensual se entrega informe de actividades contrato de prestación de servicios. Se orienta al personal auxiliar para el debido protocolo de toma de muestra.	-Formato ADM -CTT-ft-24V3. -Formato ADM -CTT-ft-24V3.Registro de resultados en el sistema COMPRONET
6	6. Registrar de manera oportuna y completa en el sistema de información del laboratorio clínico los resultados de los exámenes diagnósticos realizados, garantizando integralidad, secuencialidad, claridad y racionalidad científica, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la normativa aplicable (Resolución 1995 de 1999, Resolución 889 de 2019 y las normas que las modifiquen o sustituyan).	-Se presta servicio profesionales en el laboratorio clínico en UMHES Tunjuelito, para las pruebas de laboratorio clínico. Aplicando guías, manuales y procedimientos propios de los servicios.	-Registro de resultados en el sistema COMPRONET.

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Diligenciar y reportar los resultados críticos de laboratorio clínico en los formatos institucionales establecidos y comunicar de forma inmediata dichos resultados al servicio tratante, a través de los medios definidos, así como validar oportunamente, con claridad y precisión, los resultados paraclínicos efectuados conforme a la orden médica.	-Se registran todas las novedades presentadas durante la prestación del servicio.	-Kardex de insumo por sección ,formatos de solicitudes. Actas de socialización de reuniones de la jefatura del laboratorio clínico.
8	8. Ejecutar las demás actividades propias del perfil profesional que, en relación directa con el objeto contractual, contribuyan al adecuado desarrollo de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E.	-Se hace uso adecuado de los recursos e insumos que son suministrados por la Subredsur para el cumplimiento de las actividades contractuales inherente al cargo.	-Kardex de insumo por sección ,formatos de solicitudes. Actas de socialización de reuniones de la jefatura del laboratorio clínico.

© Siasur - 2026

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	75248003	-		$ 4263870
2026	MARZO	2026	04	14				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTAPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1750905	$ 280145	**$ 281200**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 218863	**$ 219700**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 42900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 543800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488433087324

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARTHA DIANA GARZON TORRES	2026-04-20 19:34:17
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-04-21 15:39:37
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARTHA DIANA GARZON TORRES	2026-04-21 19:15:58
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-04-24 23:20:03
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-04-27 12:28:50
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	2026-05-11 15:45:55

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

© Siasur - 2026

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51955522	MARTHA DIANA GARZON TORRES	CARRERA 65 B N 67 B 67 PISO 3	2500659	ALPIDIAH17@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75248003	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$543.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	5	800	0	219.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	5	1.000	0	281.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	5	200	42.900			427	42.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.700
Pensión	1	280.200	281.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	543.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51955522	MARTHA DIANA GARZON TORRES	CARRERA 65 B N 67 B 67 PISO 3	2500659	ALPIDIAH17@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

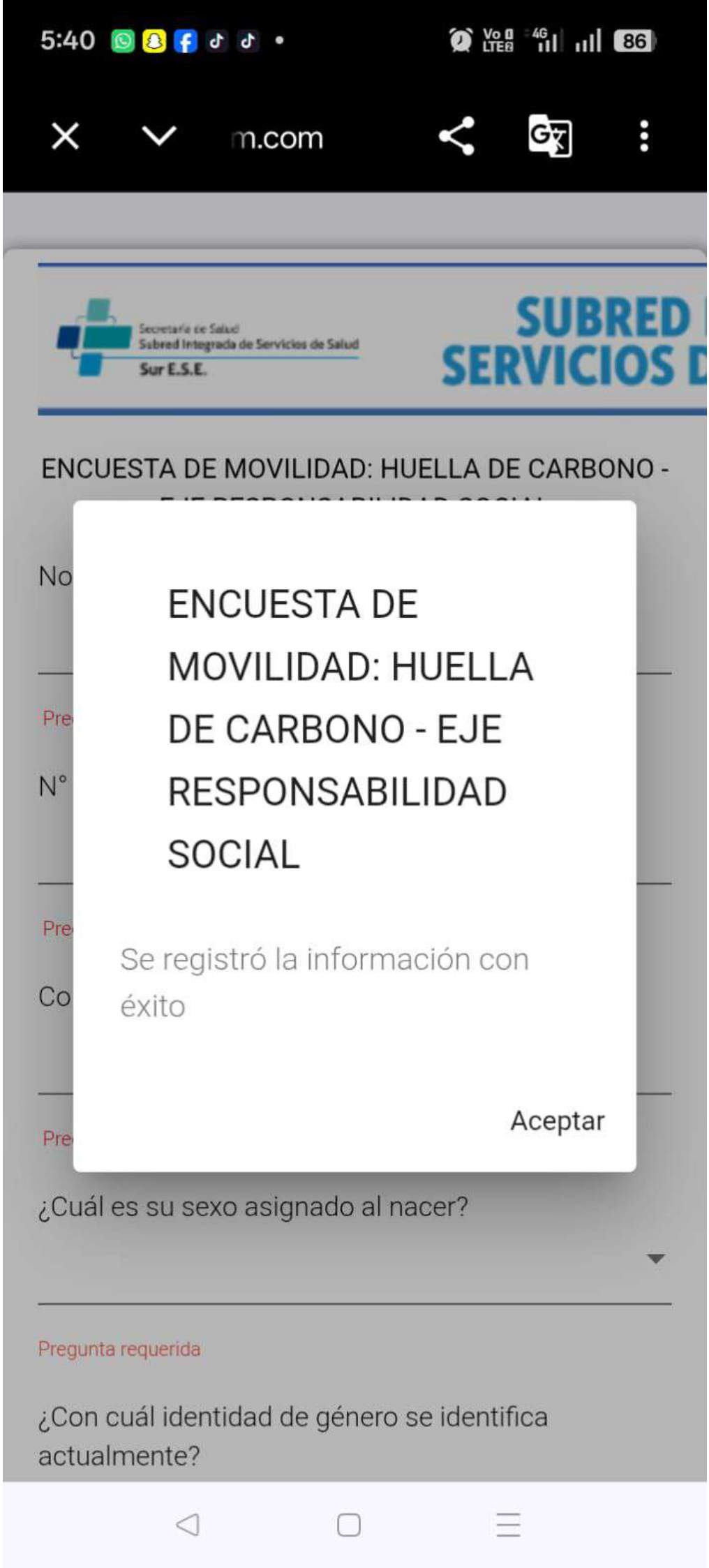
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75248003	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$543.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 51955522	GARZON TORRES MARTHA DIANA	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información


5:40
m.com
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.
SUBRED
SERVICIOS D
ENCUESTA DE MOVILIDAD: HUELLA DE CARBONO -
No
Pre
N°
Pre
Co
Pre
ENCUESTA DE MOVILIDAD: HUELLA DE CARBONO - EJE RESPONSABILIDAD SOCIAL
Se registró la información con éxito
Aceptar
¿Cuál es su sexo asignado al nacer?
Pregunta requerida
¿Con cuál identidad de género se identifica actualmente?

5:34 • 87
erviciocivil.gov.co 5
ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL | BOGOTÁ
Iniciar Sesión

Percepción de ambiente organizacional (contratistas)



Este enlace está dirigido a las personas contratistas vinculadas a las entidades y organismos del Distrito Capital y corresponde a la medición distrital de clima laboral y ambiente organizacional 2026, un ejercicio institucional que permite conocer la percepción sobre las condiciones de trabajo, las relaciones laborales, la comunicación, el acompañamiento institucional y el entorno organizacional. Su propósito es generar información confiable que oriente la toma de decisiones y la implementación de acciones de mejora a nivel institucional y distrital, en el marco de la Política Pública Distrital de Gestión Integral del Talento Humano. La información recolectada es confidencial, se analiza de forma agregada y contribuye al fortalecimiento del bienestar, la calidad de vida laboral y la gestión pública en el Distrito Capital.

Fecha inicio medición: 2026-02-27 07:00:00 **Fecha fin medición:** 2026-05-31 23:59:00

Usted ya ha diligenciado el instrumento (**2026-04-17 17:33:53**), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.

Dirección: Carrera 30 # 25-90 Piso 9, costado oriental. Bogotá - Colombia
Teléfono: (+57) 601 3680038
E-mail: bienestar@serviciocivil.gov.co