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:	2022-07-01	Hasta:	2022-07-31	
Nombre del Contratista:	YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON		Número de Documento:	1073673110	
Correo Electrónico:	yeyes_21@hotmail.com		Número Telefónico:	3132751949	
Nombre del Supervisor:	REYES MURILLO HIGUERA	Cargo:	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Código - Grado:	AG

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2003-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	426
Perfil:	AUXILIAR DE FARMACIA				
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	Procetaje(%) Centro de Costos
M05TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNAL	186	81	8982	$2398194	128.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2398194	DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTONOVENTA Y CUATROPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-02-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2022-04-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2022-04-01	2022-07-31	1	$ 5820336	1148
2	2022-07-01	2022-09-30	2	$ 3395196	1961
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		$ 2155680	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 2317356
3	ABRIL	$ 2128734
4	MAYO	$ 2550888
5	JUNIO	$ 2218554

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5604768	$ 14820300	$ 11371212	$ 3449088

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de acuerdo al perfil de Auxiliar de Farmacia 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	--DISPENSACION DE FORMULAS MEDICAS	--FORMULAS MEDICAS
2	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos del servicio farmacéutico y adherirse a los mismos, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	NGRESO AL SISTEMA DE INSUMOS FORMULADOS	FORMULAS MEDICAS
3	Dispensar medicamentos y/o insumos médico quirúrgicos conforme a orden médica vigente, asi como llevar el control y registro especial de medicamentos de control.	-VERIFICACION DE LAS FORMULAS FRENTE AL INGRESO	-SOPORTES FISICOS
4	Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, asi como la semaforización de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	-VERIFICACION DE LAS FORMULAS FRENTE AL INGRESO	-SOPORTES FISICOS
5	Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de información institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos médico quirúrgicos.	--ASISTIR Y REALIZAR LOS INVENTARIOS PROGRAMADOS , REALIZADOS , ALEATORIOS Y REPORTES DE MEDICAMENTOS A VENCER	-ACTAS, SOPORTES FISICOS, ALEATORIOS Y BASE DE DATOS
6	Verificar que las formulas MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de NO POS, estén debidamente diligenciados (completitud, sin tachones ni enmendaduras) y entregados oportunamente a la farmacia.	--REALIZAR REGISTROS DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, DISPENSADOS EN EL LIBRO CORESPONDIENTE.	--SOPORTES FISICOS,FORMULAS
7	Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmacéutico.	--REALIZAR ACTIVIDADES FRENTE AL SERVICIO FARMACEUTICO	-SOPORTES FISICOS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-REALIZAR ACTIVIDADES FRENTE AL SERVICIO FARMACEUTICO	-SOPORTES FISICOS

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		**Fecha de Pago**			**Número de Planilla**	**Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior**		$ 2218554
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	60296972			
2022	**JUNIO**	**2022**	**07**	**21**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATROPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud					FAMISANAR		$ 125000	$ 125000
ARL				3	SEGUROS BOLIVAR		$ 24360	$ 24400
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 290220**	$ 309400

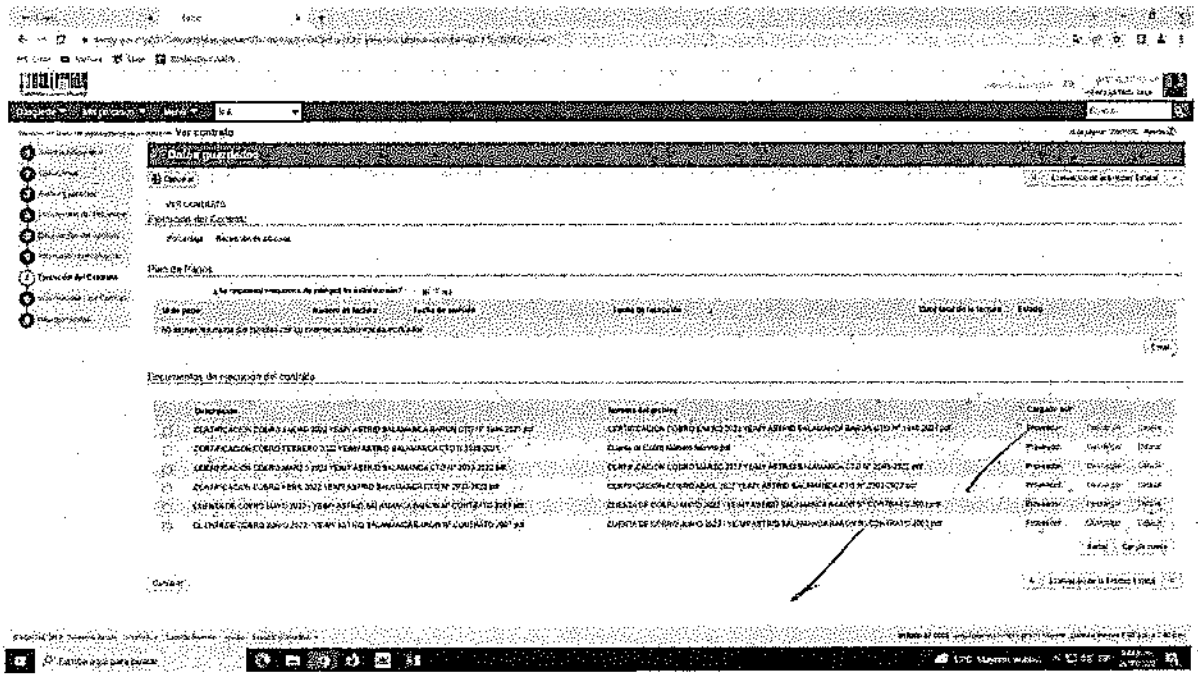
INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4800419857

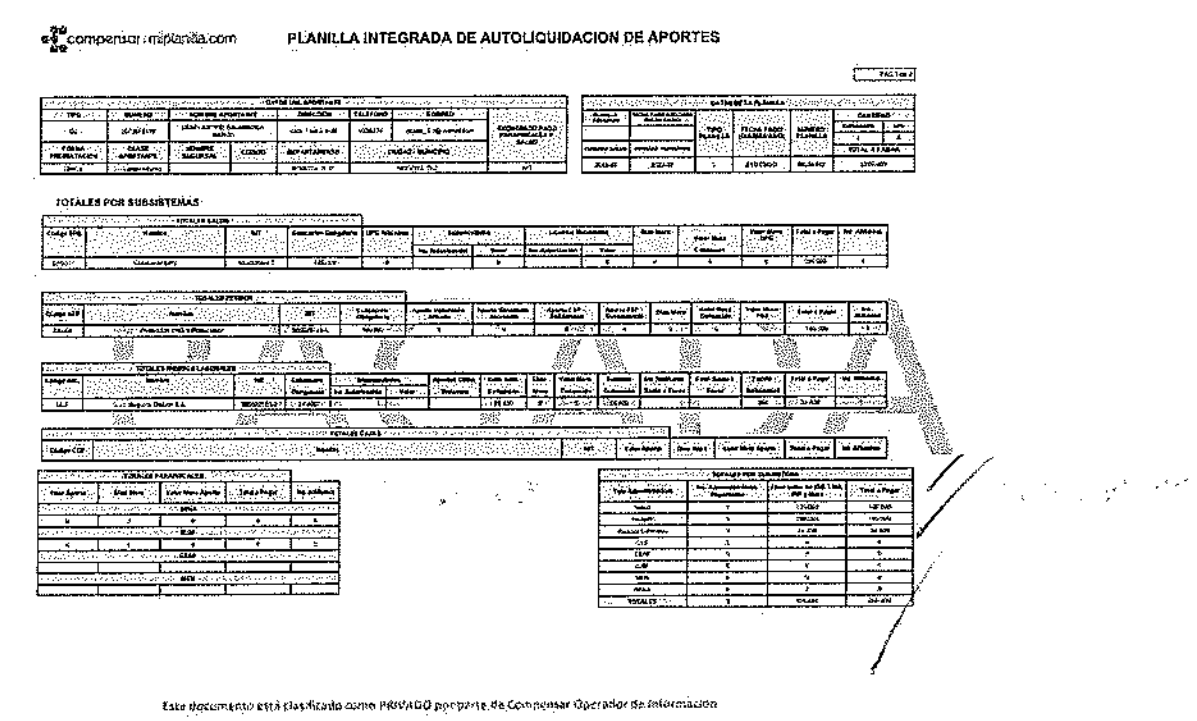
YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON
1073673110

Vo Bo Mauricio Cano

REYES MURILLO HIGUERA
SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

© Siasur - 2022





Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar (Operador de información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

[illegible]

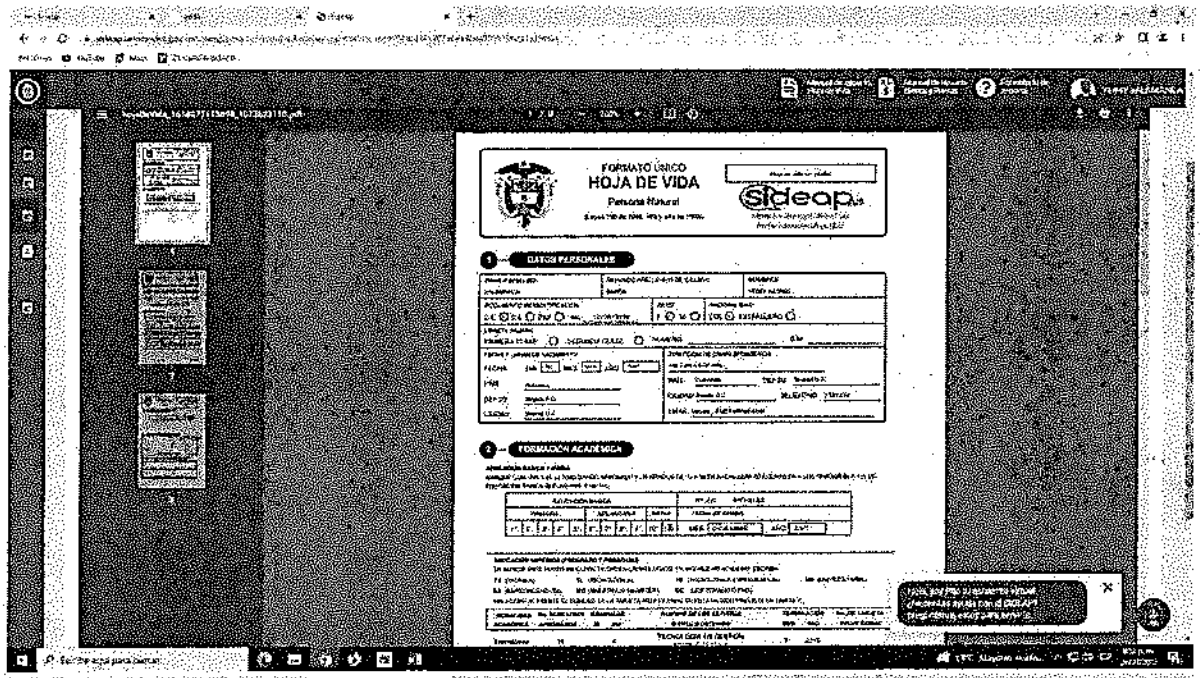
DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	[illegible] SALAMANCA [illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	[illegible]			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO PLANILLA ASOCIADA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MES/AAAA)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					[illegible]	[illegible]
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

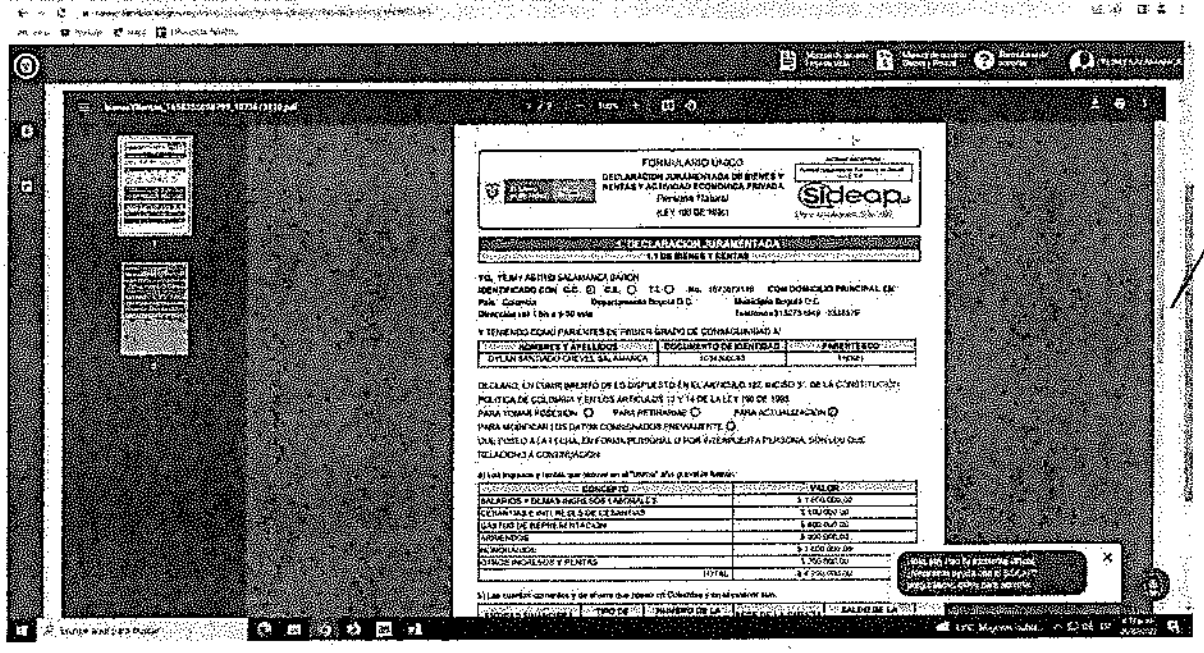
PAGADA



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

1 DATOS PERSONALES

2 FORMACIÓN ACADÉMICA



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
Persona Natural
LEY 190 DE 1995

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, YEIMY ADITHS SALAMANCA DAVION
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1073531118 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País: Colombia Departamento: Bogotá D.C. Municipio: Bogotá D.C.
Dirección: cll 13b a # 50 este Teléfono: 3132734849 - 3133157F

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DYLAN SANTIAGO CHEVEL SALAMANCA	1034300183	hijo(a)

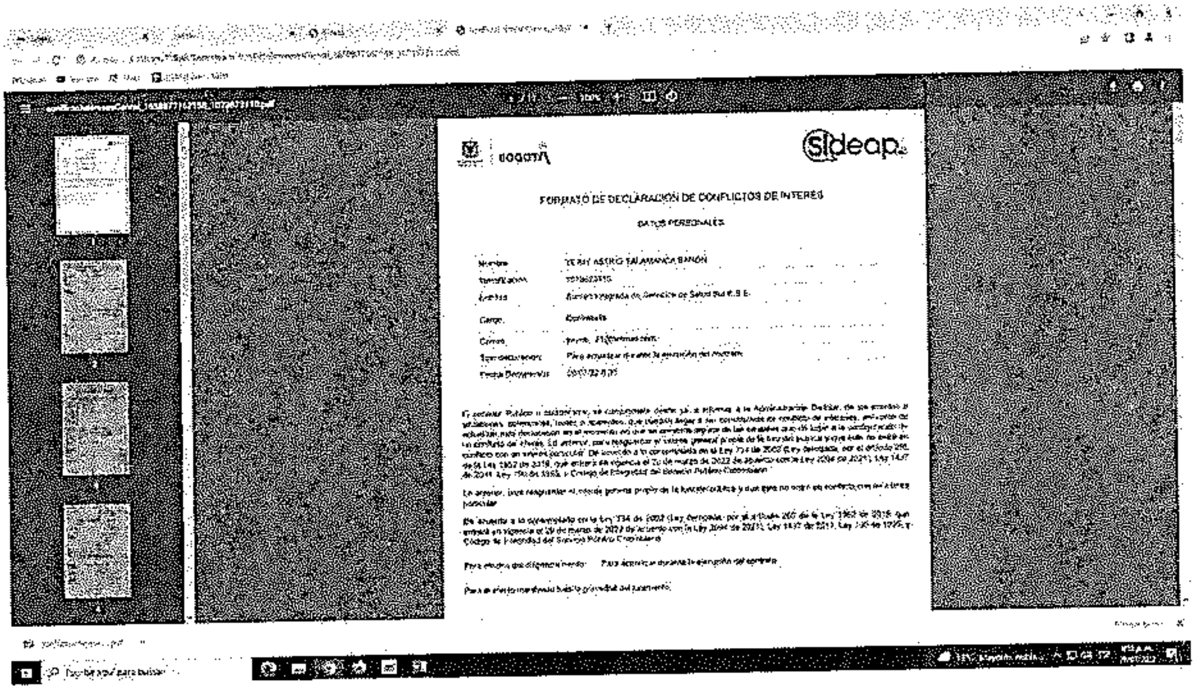
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 5°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995:
PARA TOMAR POSESIÓN ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACIÓN ◉
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○
QUE PUESTO A MI FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, DIRECTA O QUE TELEMÁTICA A CONSIGNACIÓN

a) Los ingresos y rentas que recibí en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 1'450.000,00
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$ 100.000,00
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$ 600.000,00
ARRIENDOS	$ 900.000,00
HONORARIOS	$ 1'200.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 700.000,00
TOTAL	$ 4'950.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	BANCO, CORPORACIÓN O CIUDAD	SALDO DE LA CUENTA



BOGOTÁ

sideap

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre: [illegible] ASTRID SALAMANCA [illegible]

Identificación: [illegible]

Entidad: [illegible]

Cargo: [illegible]

Correo: [illegible]

[illegible]: [illegible]

[illegible]: [illegible]

[illegible]