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:**	2022-10-01	**Hasta:**	2022-10-31	
Nombre del Contratista:	YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON		**Número de Documento:**	1073673110	
Correo Electrónico:	yeyes_21@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3132751949	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

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
M05JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNJUELITO	180	0	8982	$1616760	86.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1616760**	**UN MILLON SEISCIENTOS DIECISEIS MIL SETECIENTOS SESENTAPESOS**					

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
3	2022-08-01	2022-09-30	3	$ 4068846	2321
4	2022-10-01	2022-10-31	4	$ 916164	2796

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 2155680
2	MARZO	$ 2317356
3	ABRIL	$ 2128734
4	MAYO	$ 2550888
5	JUNIO	$ 2218554
6	JULIO	$ 2398194
7	AGOSTO	$ 2074842
8	SEPTIEMBRE	$ 2074842

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5604768	$ 19805310	$ 17919090	$ 1886220

	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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás 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.	-INGRESO AL SISTEMA DE INSUMOS FORMULADOS	-FORMULAS MEDICAS
3	Dispensar medicamentos y/o insumos médico quirúrgicos conforme a orden médica vigente, así 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, así como la semaforización de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	-ASISTIR Y REALIZAR LOS INVENTARIOS PROGRAMADOS , REALIZADOS , ALEATORIOS Y REPORTES DE MEDICAMENTOS A VENCER	--ACTAS, SOPORTES FISICOS, ALEATORIOS Y BASE DE DATOS
5	Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de información institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos médico quirúrgicos.	--REALIZAR REGISTROS DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, DISPENSADOS EN EL LIBRO CORESPONDIENTE.	--SOPORTES FISICOS,FORMULAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 ACTIVIDADES ADICIONALES DADAS POR EL REFERENTE DE FARMACIA	-SOPORTES FISICOS
7	Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmacéutico.	-REALIZAR ACTIVIDADES FRENTE AL SERVICIO FARMACEUTICO	--SOPORTES FISICOS
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-	-

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	$ 2074842
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	61847113		
2022	SEPTIEMBRE	2022	10	20			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOSPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1000000	$ 160000	$ 162300
Salud		FAMISANAR		$ 125000	$ 126800
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 24360	$ 24800
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 313900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4800419857

Yeimy Salamanca

YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON
1073673110

Vo Bo Mauricio Cruz

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON

1073673110

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del Módulo 1 Precauciones de Aislamiento y usuario protegido.

Para constancia se expide

octubre 25, 2022

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	1073673110	YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON		calle 1 bis a 9-50	3338379	yeyes_21@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-09	2022-09	I	20/10/2022	61847113	$313,900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranj.	3=Pens.	Extranjero	Colomb. exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIAS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1073673110	SALAMANCA BARON YEIMY ASTRID	57	0			N																30	230201	1,000,000	160,000	0	0	0	0	EPS017	1,000,000	120,000	14-7	1,000,000	3	24,400		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1073673110	YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON	calle 1 bis a 9-50	3338379	yeyes_.21@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-09	2022-09	I	20/10/2022	61847113	$313.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	125.000	0		0		0	15	1.800	0	126.800	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	160.000	0	0	0	0	15	2.300	0	162.300	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	24.400				24.400	15	400	24.800			244	24.800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

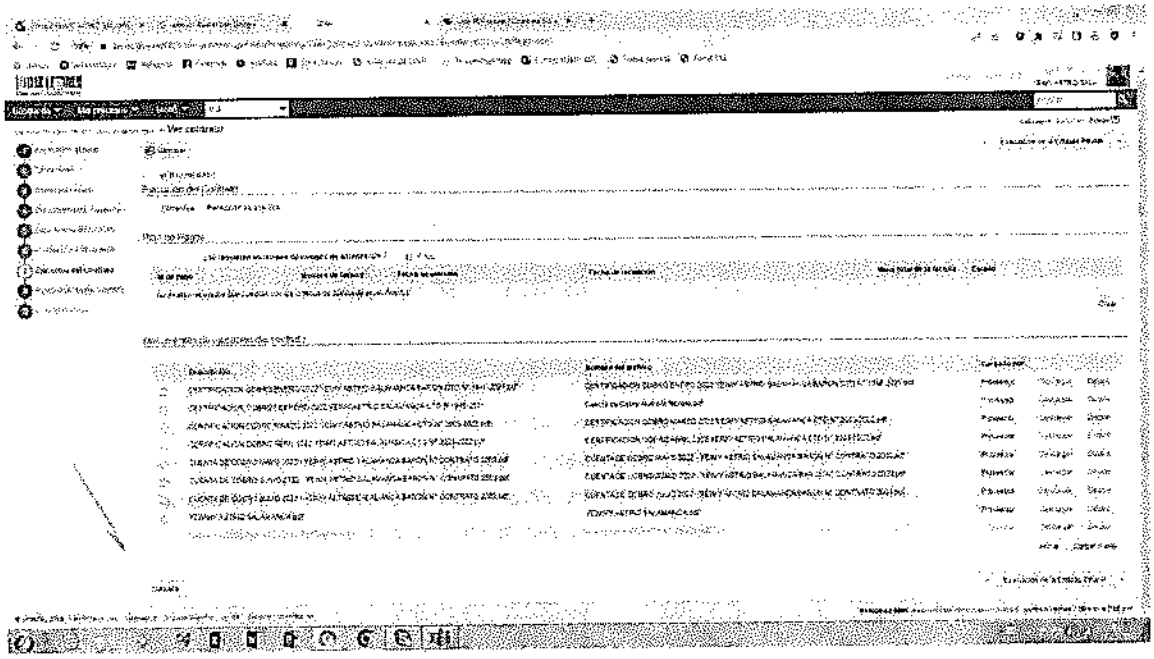
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	126.800
Pensión	1	160.000	162.300
Riesgos Laborales	1	24.400	24.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	313.900

PAGADA

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



Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS

SERVICIO: SERVICIO FARMACEUTICO UMHES TUNAL

ITEM	CEDULA	No. DE Contrato	NOMBRE DEL CONTRATISTA	PERFIL	TOTAL HORAS REALIZADAS	ADICIONALES	V.R HORA	VALOR TOTAL A PAGAR	UNIDADES DONDE PRESTA EL SERVICIO	OBSERVACIONES
1	1.023.958.421	1825-2022	LUIS MIGUEL RUIZ VILLALOBOS	AUXILIAR DE FARMACIA	255	69	$ 8.982	$ 2.290.410	TUNAL	
2	4.417.120	1909-2022	MAURICIO OROZCO GONZALEZ	QUIMICO FARMACEUTICO	231	45	$ 24.411	$ 5.638.941	TUNAL	

FECHA DE ENTREGA 31/10/2022		
FIRMA DE QUIEN ENTREGA A LA DIRRECCION DE COMPLEMENTARIOS		

Mauricio Orozco.

FECHA DE RECIBIDO		
FIRMA DE QUIEN RECIBE EN LA DIRECCION		

octubre 31

12:33