Sur E.S.E.

DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS

SERVICIO: TUNJUELITO

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	1.000.928.568	2240-2023	PAULA XIMENA RINCON RIVERA	REGENTE DE FARMACIA	186	23	$ 12.030	$ 2.514.270	SAN BENITO	REALIZA ACTIVIDADES DE LUNES A VIERNES DE 7AM A 5PM Y UN FIN DE SEMANA CADA OCHO DIAS DE 7AM A 1PM, ADICIONALMENTE HIZO 5 HORAS EN ABRAHAM CUBRIENDO VACANTE DE REGENTE QUE NO ESTABA CONTRATADO
2	1024515496	1327-2023	ARMANDO PARRA PORRAS	AUXILIAR DE FARMACIA	186	(53) 54	$ 9.560	$ 2.332.640	ABRAHAN LINCOLN	REALIZA ACTIVIDADES DE LUNES A VIERNES DE 6 AM A 6PM Y UN FIN DE SEMANA CADA OCHO DIAS DE 6AM A 1PM.
3	80115582	1446-2023	CAMILO PEÑA SANTA MARIA	AUXILIAR DE FARMACIA TUNAL	144		$ 9.560	$ 1.376.640	CARMEN	REALIZA ACTIVIDADES DE LUNES A VIERNES DE 6 AM A 6PM Y UN FIN DE SEMANA CADA OCHO DIAS DE 6AM A 1PM HASTA EL 16 DE FEBRERO
4	1121839646	1359-2023	STEPHANY NOVOA OLARTE	REGENTE DE FARMACIA	(180) 186		$ 12.030	$ 2.185.401	MEDICINA INTERNA	SIN NOVEDAD
5	1003765065	3766-2023	LUISA FABIANA CRUZ SERRANO	AUXILIAR DE FARMACIA	91		$ 9.560	$ 869.960	SAN BENITO	AUXILIAR DE FARMACIA NUEVA INGRESO EL 16 DE FEBRERO REALIZO 2 DIAS EN ABRAHAM E INICIA DESDE EL 20 DE FEBRERO EN SAN BENITO
6	53041152	2294-2023	JULIE VIVIANA SIERRA PENAGOS	AUXILIAR DE FARMACIA	100		$ 9.560	$ 956.000	ABRAHAN LINCOLN	INICIA ACTIVIDADES DESDE EL 17 DE FEBRERO LUNES A VIERNES 6 AM A 6 PM Y SABADO CADA 8 DIAS
7	1032399967	3764-2023	LEYDI ALEXANDRA BELTRAN GUARIN	AUXILIAR DE FARMACIA	111		$ 9.560	$ 1.061.160	ABRAHAN LINCOLN	AUXILIAR DE FARMACIA NUEVA INGRESO EL 16 DE FEBRERO
8	1.073.673.110	1431-2023	YENY ASTRID SALAMANCA	AUXILIAR DE FARMACIA	165	65	$ 9.560	$ 2.592.760	MEDICINA INTERNA	REALIZO ADICIONALES CUBRIENDO AUXILIAR NOCTURNO QUE NO ESTA CONTRATADO QUE NO HAY, 15 HORAS PENDIENTES DEL MES PASADO Y 28 ADICIONALES DEL TUNAL
	1022982245	1650-2023	LAURA DANIELA RINCON RIVERA	AUXILIAR DE FARMACIA	(151) 165		$ 9.560	$ 1.443.560	MEDICINA INTERNA	REAIZA COMPENSATORIO DEL 24 DE FEBRERO DE SEÑOR RUBEN DE PLANTA MEDICINA INTERNA
9	1033794563	1335-2023	MARIA PAULA DIAZ MARTINEZ	REGENTE DE FARMACIA	97	90	$ 12.030	$ 1.168.910	ABRAHAN LINCOLN	INICIO DESDE EL 15 DE FEBRERO 9 HORAS DIARIAS Y EL SABADO 25 DE FEBRERO
10	1.073.700.812	3837-2023	LUISA FERNANDA HERNANDEZ	REGENTE DE FARMACIA	(186) 160	(35)	$ 12.030	$ 2.658.630	CARMEN	REALIZA ACTIVIDADES DE LUNES A VIERNES DE 7AM A 5PM Y UN FIN DE SEMANA CADA OCHO DIAS DE 7AM A 1PM, ADICIONALMENTE HIZO 5 HORAS EN ABRAHAM CUBRIENDO VACANTE DE REGENTE QUE NO ESTABA CONTRATADO Y SE LE DEBEN 12 H DEL MES DE ENERO PERO ESA SON PAGADAS A PRECIO VALOR DE AUXI HOSP. ENERO
11	1.033.684.729	2100-2023	MARYORI ANDREA RAMIREZ ZAMORA	AUXILIAR DE FARMACIA	186 265 h.	99	$ 9.560	$ 2.724.600	CARMEN	REALIZA ACTIVIDADES DE 6AM-7 PM L-V Y SABADOS DE 6AM A 1PM ADICIONALES CUBRIENDO VACANTES EN CARMEN DE AUXILIARA QUE NO ESTA CONTRATADO SE LE DEBEN 27 HORAS DEL MES DE ENERO
12	1.000.625.400	2182-2023	LAURA VALENTINA CARDENAS MENDEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	186 265h	99	$ 9.560	$ 2.724.600	CARMEN	REALIZA ACTIVIDADES DE 6AM-7 PM L-V Y SABADOS DE 6AM A 1PM ADICIONALES CUBRIENDO VACANTE DEL AUXILIAR QUEN NO ESTA CONTRATADO EN CARMEN SE LE DEBEN 27 HORAS DEL MES DE EN
13	1.031.154.347	1016-2023	SERGIO ANDRES RAMIREZ LEON	QUIMICO FARMACEUTICO	186		$ 26.500	$ 4.902.960	TUNJUELITO	SIN NOVEDAD

VALOR TOTAL DE CUENTAS $ 24.595.139

14) 6361-2022 Luisa Fernanda Vanegas Soto $1.049.580 enero/2023

15) 2582-2023 Maximiliano Monroy $4.902.960 = 186

16) 3763-2023 Julie Esperanza Ospina 64h $803.040

FECHA DE ENTREGA	HORA	
FIRMA DE QUIÉN ENTREGA A LA DIRRECCIÓN DE COMPLEMENTARIOS		

FECHA DE RECIBIDO	HORA	
FIRMA DE QUIÉN RECIBE EN LA DIRECCIÓN		

Recibí marzo 3/23 8am

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	SIAS

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-02-01	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	PAULA XIMENA RINCON RIVERA		**Número de Documento:**	1000928568	
Correo Electrónico:	ximenarincon04@gmail.com		**Número Telefónico:**	3103191636	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2243-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	REGENTE DE FARMACIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M05JB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS SAN BENITO	186	23	12030	$2514270	112.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2514270	DOS MILLONES QUINIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS SETENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8950320	$ 8950320	$ 0	$ 8950320

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

1	1). Prestar servicios de acuerdo al perfil de Regente de Farmacia acorde con la Lex Artis, segun 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.	-Desarrollan actividades de acuerdo al perfil y según necesidades que se presenten en la sub red . esarrollan actividades de acuerdo al perfil y según necesidades que se presenten en la sub red .	-Actas de reunion ,excel y correos
2	2). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos del servicio farmaceutico y adherirse a los mismos, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-cuanto se requiera se presta la creación de las mismas	-actas , formatos , guias , asistencia
3	3). Dispensar medicamentos y-o insumos medico quirurgicos conforme a orden medica vigente, asi como llevar el control y registro especial de medicamentos de control.	-se realiza la verificacion tanto sistema conforme a lo ordenado y a lo dispensado , al igual los medicamentos de control especial formula , sistema y fisico debe corroborar antes de dispensar	-descargue de suministro y recoleccion de formulas de control especial
4	4) Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, asi como la semaforizaciòn de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	-se realiza los conteos aleatorios diarios y asi mismo se va verificando la semaforizacion de los medicamentos e insumos medico quirurgicos	-formato de conteo
5	5) Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de informacion institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos medico quirurgicos.	-a diario se verifica que no queden suministro ni devoluciones por confirmar	-dinámica gerencial
6	6). Realizar la revision de los carros de paro, acorde con el procedimiento institucional.	-se realiza revisión de carro de pàro por servicio	-actas de reunion
7	7). Dar aplicacion a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el quimico farmaceutico.	-actividades solicitadas por químico farmaceutico .	-informe excel y word
8	8). Verificar que las formulas MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de NO POS esten debidamente diligenciados (completitud, sin tachones ni enmendaduras), y entregados oportunamente a la farmacia.	-se revisa a diario se digita en base interna y se hace envio .	-planilla excel
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-reciben acorde a la situacion con el fin de mantener un bien clima laboral	-actas de reunion.

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	$ 2372427
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1051767763		
2023	ENERO	2023	02	17			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTISIETEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 185600
Salud		FAMISANAR		$ 125000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 28300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 338900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	055793561

Paula Rincon.

PAULA XIMENA RINCON RIVERA
1000928568

Nancy T.

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Sergio León

© Siasur - 2023

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-02-17, 02:05:08 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1051767763

Periodo Cotización: enero de 2023 **Periodo Servicio:** enero de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8841038660

PAGADO 17/02/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAULA XIMENA RINCON RIVERA		
Documento	CC1000928568	**Dirección**	TV 5G #48 B - 40 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3103191636
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C 1000928568	PAULA XIMENA RINCON RIVERA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.160.000	$ 145.000	2,436	$ 1.160.000	$ 28.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.900

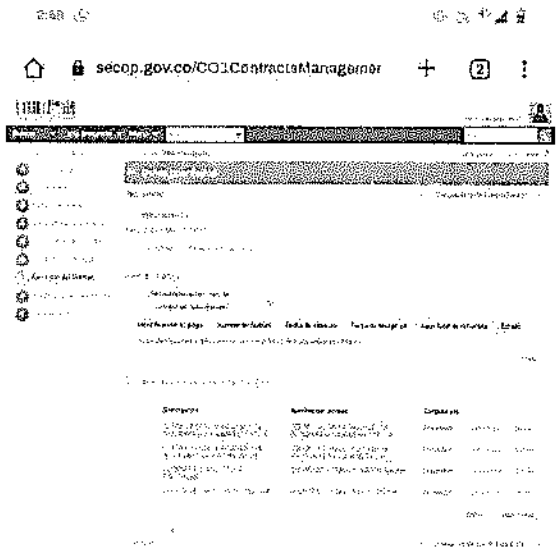
III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.900	$ 1.000	$ 359.900

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!


secop.gov.co/CO1ContractsManagemer
inglés
español

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:**	2023-02-01	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	ARMANDO PARRA PORRAS		**Número de Documento:**	1024515496	
Correo Electrónico:	armandoarrap@gmail.com		**Número Telefónico:**	3196796358	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1327-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR DE FARMACIA				
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
M05JS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS AMBULATORIA ABRAHAM LINCON	186	54	9560	$2294400	129%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2294400**	**DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7112640	$ 7112640	$ 0	$ 7112640

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1) Prestar servicios de acuerdo al perfil de Auxiliar de Farmacia acorde con la Lex Artis, segun 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 demás normas concordantes.	-Implementar en el servicio farmaceutico los protocolos, guias, formatos y procedimientos del servicio farmaceutico.	-Guias protocolos según formatos establecidos.
2	2) Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos del servicio farmaceutico y adherirse a los mismos, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Se realiza dispensacion de medicamentos e insumos medicos a la totalidad de servicios encomendados, de manera oportuna y basados en la formulacion medica.	-Formatos y Actas en fisico y via Email y por Dinamica Gerencial.
3	3) Dispensar medicamentos y-o insumos medico quirurgicos conforme a orden medica vigente, así como llevar el control y registro especial de medicamentos de control.	-En cada participacion por inevntario se registra con fecha de vencimiento cada producto contado quedando bajo listado y bajo acta. Los vencidos se revisan mensualmente reportando su pronta rotacion.	-Planillas en Excel e informacion del Kardex en Dinamica Gerencial.
4	4) Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, así como la semaforizacion de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	-Se toman registros diarios de conteo y fecha de vencimiento de medicamentos de control especial, para asi ser entregados correctamente turno a turno. Estos mismos son dispensados bajo formula medica y bajo criterios de dispensacion	-Soportes en fisico, informes via Email
5	5) Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de informacion institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos medico quirurgicos.	se realiza verificación de lo ordenado en las formulas medicas vs el alistamiento de medicamentos y/o insumos medicos.	-Formulas de Dinamica Gerencial, Historia Clinica.
6	6) Verificar que las formulas MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de NO POS, esten debidamente diligenciados (completitud, sin tachones ni enmendaduras) y entregados oportunamente a la farmacia.	-Responder en el tiempo establecido las actividades asignadas por el Referente y/o Quimico Farmaceutico.	-Guias y Protocolos según formatos establecidos.
7	7) Dar aplicacion a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el quimico farmaceutico.	-Responder en el tiempo establecido las actividades asignadas por el Referente y/o Quimico Farmaceutico.	-Formatos, procesos, envio reportes via Email
8	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	$ 1940112
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9445539211		
2023	ENERO	2023	02	13			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA MIL CIENTODOCEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 185600
Salud		CAPITAL SALUD		$ 125000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 28300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	408900039211

Armando Parra Porras

ARMANDO PARRA PORRAS
1024515496

Nancy T.

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Sergio León

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024515496		PARRA PORRAS ARMANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trasversal 3 # 2a 66 pasquilla	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2042954	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1913582297	9445539211	I	2023/02/22	2023/02/13	BANCO CAJA SOCIAL	0	$358,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC 1024515496	PARRA ARMANDO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPSC34	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024515496		PARRA PORRAS ARMANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trasversal 3 # 2a 66 pasquilla	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2042954	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1913582297	9445539211	I	2023/02/22	2023/02/13	BANCO CAJA SOCIAL	0	$358,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$0	$0	$28,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$358,900	$0	$0	$358,900

2023/02/12 10:59 AM

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si | No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CUENTA COBRO ENERO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1754.pdf (Archivado)	CUENTA COBRO ENERO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO FEBRERO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844 .pdf.pdf	CUENTA COBRO FEBRERO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844 .pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO MARZO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844 .pdf.pdf.pdf	CUENTA COBRO MARZO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844 .pdf.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO ABRIL 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	CUENTA COBRO ABRIL 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO MAYO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	CUENTA COBRO MAYO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO JUNIO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf.pdf	CUENTA COBRO JUNIO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO JULIO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	CUENTA COBRO JULIO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO AGOSTO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf.pdf	CUENTA COBRO AGOSTO 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO OCTUBRE 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	CUENTA COBRO OCTUBRE 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO NOVIEMBRE 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	CUENTA COBRO NOVIEMBRE 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO DICIEMBRE 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf.pdf	CUENTA COBRO DICIEMBRE 2022 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO ENERO 2023 ARMANDO PARRA CONTRATO	CUENTA COBRO ENERO 2023 ARMANDO PARRA CONTRATO 1844.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	SIAS

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2023-02-01	Hasta:	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	STEPHANY NOVOA OLARTE		Número de Documento:	1121859648	
Correo Electrónico:	stephania_novoa@hotmail.com		Número Telefónico:	3202794176	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Código - Grado:	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1355-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	505
Perfil:	REGENTE DE FARMACIA				
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
M05IT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNJUELITO	186	0	12030	$2237580	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2237580	DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8950320	$ 8950320	$ 0	$ 8950320

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

1	1). Prestar servicios de acuerdo al perfil de Regente 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.	-Adquisión y custodia de conservación adecuada de los medicamentos y/o dispositivos médico quirúrgicos, la vigilancia y control en el despacho de formulas.	--Sistema Dinamica General - Kardex y solicitudes de pedidos generales.
2	2). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos del servicio farmaceutico y adherirse a los mismos, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--Implementar en el servicio farmaceuticos los protocolos, guias, formatos y procedimientos en el servicio farmaceutico	--Formatos y procesos de acuerdo a la Intranet.
3	3). Dispensar medicamentos y-o insumos medico quirurgicos conforme a orden medica vigente, asi como llevar el control y registro especial de medicamentos de control.	--Apoyar el proceso de dispensación con la correcta entrega de medicamentos y realizar solicitud de necesidades de medicamentos.	-Formulas en registro Dinamic - Registro en sistema y Libro de medicamentos de control
4	4) Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, así como la semaforizacion de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	--Realizar inventarios aleatorios y revisar cargues de medicamentos que aseguren la confiabilidad de la información física vs sitema de información.	--Informe de aleatorios
5	6) Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de mformacion institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos o insumos medico quirurgicos.	-Revisión en sistema de información institucional los suministros y devoluciones para no generar pendientes	--Sisitema Dinamica General
6	7). Realizar la revision de los carros de paro, acorde con el procedimiento institucional.	-Se realiza el acompañamiento para revisión de carros de paro de la USS y se realizan las actas correspondientes.	--Actas de carro de paro
7	8). Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el quimico farmaceutico.	-Apoyo a las solicitudes del Químico Farmacéutico oportunamente.	--Informes
8	9). Verificar que las formulas MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de NO POS esten debidamente diligenciados (completitud, sin tachones ni enmendaduras), y entregados oportunamente a la farmacia.	-Verificación de as Formulas MIPRES y formatos de contigencia que esten correctamente diligenciados para hacer llegar a la oficina de Mipres diariamente.	-Libro relación de Mipres
9	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Presentar informes y reportes en la periocidad definida con calidad y cumplimiento de acuerdo al servicio farmacéutico	--Informes

© Sisur - 2023

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	$ 3254924
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9871040690		
2023	ENERO	2023	02	17			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTICUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1301970	$ 208315	$ 210200
Salud		NUEVA EPS		$ 162746	$ 164200
ARL	3	SURA		$ 31716	$ 32100
Caja de Compensación	NO		Total	$ 377857	$ 406500

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	480041433 8

STEPHANY NOVOA QUARTE
1121839648

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

© Sinsur - 2023

![soi]

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1121839648
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			STEPHANY NOVOA DUARTE
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CALLE 54 F SUR # 24 C 41	TELÉFONO	7818073
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Otros trabajos de edicion.
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7871040690	TIPO DE PLANILLA	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES enero AÑO 2023
DIAS DE MORA	7		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2023/02/17	NUMERO AUTORIZACIÓN	1923435149

TOTAL APORTES A PENSION

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 208.400	$ 1.800	$ 210.200
SUBTOTALES:										$ 208.400	$ 1.800	$ 210.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.800	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 162.800	$ 1.400	$ 0	$ 164.200
SUBTOTALES:													$ 162.800	$ 1.400	$ 0	$ 164.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.800	$ 31.800	$ 300	$ 0	$ 32.100
SUBTOTALES:									$ 31.800	$ 300	$ 0	$ 32.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 26.100	$ 300	$ 26.400
SUBTOTALES:			$ 26.100	$ 300	$ 26.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	CC 1121839648	NOVOA DUARTE STEPHANY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.301.970			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.301.970	$ 208.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.400

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.301.970	$ 162.800	$ 0	$ 162.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.301.970	112183964	$ 31.800

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
30	$ 1.301.970	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 26.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 432.900

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 12:53:46
STEPHANY NOVOA

Buscar...

Id de página: 23083726 Ayuda

Sucursal → Mural → Administración de contratos → Ver contrato

- Información general
- Condiciones
- Bienes y servicios
- Documentos del Proveedor
- Documentos del contrato
- Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- Modificaciones del Contrato
- Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CUENTA COBRO ENERO 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf (Archivado)	CUENTA COBRO ENERO 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO FEBRERO 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	CUENTA COBRO FEBRERO 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 2022 STEPHANY NOVOA.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2022 STEPHANY NOVOA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO ABRIL 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	CUENTA COBRO ABRIL 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO MAYOL-2022 - STEPHANY NOVOA CTO N°.pdf	CERTIFICACION COBRO MAYOL-2022 - STEPHANY NOVOA CTO N°.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO JUNIO 2022 STEPHANY NOVOA 1802- 2022.pdf	CUENTA COBRO JUNIO 2022 STEPHANY NOVOA 1802- 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2022 STEPHANY NOVOA 1802-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2022 STEPHANY NOVOA 1882-2022.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2022 STEPHANY NOVOA 1882-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023 STEPHANY NOVOA 1882 - 2023.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023 STEPHANY NOVOA 1882 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ENERO 2023 STEPHANY NOVOA 1882 - 2023.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO 2023 STEPHANY NOVOA 1882 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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:**	2023-02-01	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	JULIE VIVIANA SIERRA PENAGOS		**Número de Documento:**	53041152	
Correo Electrónico:	viviana850406@gmail.com		**Número Telefónico:**	3195222797	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2254-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR DE FARMACIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M05JS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS AMBULATORIA ABRAHAM LINCON	186	57	9560	$2323080	130.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2323080**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTITRES MIL OCHENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7112640	$ 7112640	$ 0	$ 7112640

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.)Prestar servicios de acuerdo al perfil de Auxiliar de Farmacia acorde con la Lex Artis, segun 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 demás normas concordantes.	-Implementar en el servicio farmaceutico los protocolos, guias, formatos y procedimientos del servicio farmaceutico.	-Guias protocolos según formatos establecidos.
2	2) Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos del servicio farmaceutico y adherirse a los mismos, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Se realiza dispensacion de medicamentos e insumos medicos a la totalidad de servicios encomendados, de manera oportuna y basados en la formulacion medica.	-Formatos y Actas en fisico y via Email y por Dinamica Gerencial.
3	3) Dispensar medicamentos y-o insumos medico quirurgicos conforme a orden medica vigente, asi como llevar el control y registro especial de medicamentos de control	-En cada participacion por inevntario se registra con fecha de vencimiento cada producto contado quedando bajo listado y bajo acta. Los vencidos se revisan mensualmente reportando su pronta rotacion.	-Planillas en Excel e informacion del Kardex en Dinamica Gerencial.
4	4) Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, asi como la semaforizacion de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	-Se toman registros diarios de conteo y fecha de vencimiento de medicamentos de control especial, para asi ser entregados correctamente turno a turno. Estos mismos son dispensados bajo formula medica y bajo criterios de dispensacion	-Soportes en fisico, informes via Email
5	5) Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de informacion institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos medico quirurgicos	-se realiza verificacion de lo ordenado en las formulas medicas vs el alistamiento de medicamentos y/o insumos medicos.	-Formulas de Dinamica Gerencial, Historia Clinica.
6	6) Verificar que las formulas MIPRES, formatos de contingencia y justificación es de NO POS, esten debidamente diligencindos (completitud, sin tachones ni enmendaduras) y entregados oportunamente a la farmacia	-Responder en el tiempo establecido las actividades asignadas por el Referente y/o Químico Farmaceutico.	-Guias y Protocolos según formatos establecidos.
7	7) Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmaceutico	-Responder en el tiempo establecido las actividades asignadas por el Referente y/o Químico Farmaceutico.	-Formatos, procesos, envio reportes via Email
8	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	$ 2155680
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8364969505		
2023	ENERO	2023	02	09			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CIENTOCINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 185600
Salud		COMPENSAR		$ 125000	$ 145000
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 24360	$ 28300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	457300164284

JULIE VIVIANA SIERRA PENAGOS
53041152

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Sergio León

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **JULIE VIVIANA SIERRA PENAGOS**, identificada con **CC** número **53041152**, aportó por el empleado **JULIE VIVIANA SIERRA PENAGOS**, identificado(a) con **CC** número **53041152** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **8364969505** para el periodo de salud **2023-01** y pensiones **2023-01** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	DIAS COTIZADOS	SUELDO BASICO	IBC	APORTE	CLASE RIESGO	TARIFA PENSION	COTIZACION YO APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO PLANILLA	FECHA DE PAGO	CONSECUTIVO
Riesgos Laborales	14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	860002503	57	0	0	30	$1.160.000	0,02436	3		$28.300	$0	$0	Enero - 2023	8364969505	09/02/2023	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	57	0	0	30	$1.160.000	0,12500			$145.000	$0	$0	Enero - 2023	8364969505	09/02/2023	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	57	0	0	30	$1.160.000	0,16000			$185.600	$0	$0	Enero - 2023	8364969505	09/02/2023	N

El presente certificado se expide a los 22 días del mes Febrero de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados.

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	53041152.pdf (Archivado)	53041152.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro de octubre 2022.pdf	cuenta de cobro de octubre 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro de noviembre 2022.pdf	cuenta de cobro de noviembre 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro de diciembre 2022 1.pdf	cuenta de cobro de diciembre 2022 1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ENERO 2023.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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:**	2023-02-15	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	LEIDY ALEXANDRA BELTRAN GUARIN		**Número de Documento:**	1032399967	
Correo Electrónico:	beltranalexa@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3133902265	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3764-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
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
M05JS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS AMBULATORIA ABRAHAM LINCON	111	0	9560	$1061160	111.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1061160**	**UN MILLON SESENTA Y UN MIL CIENTOSESENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-15	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7112640	$ 7112640	$ 0	$ 7112640

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.	Implementar en el servicio farmaceutico los protocolos, guias, formatos y procedimientos del servicio farmaceutico.	farmaceutico. -Guias protocolos según formatos establecidos.
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.	-Se realiza dispensacion de medicamentos e insumos medicos a la totalidad de servicios encomendados, de manera oportuna y basados en la formulacion medica.	-Formatos y Actas en fisico y via Email y por Dinamica Gerencial.
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.	-En cada participacion por inevntario se registra con fecha de vencimiento cada producto contado quedando bajo listado y bajo acta. Los vencidos se revisan mensualmente reportando su pronta rotacion.	-Planillas en Excel e información del Kardex en Dinamica Gerencial.
4	Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, así como la semaforización de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	-Se toman registros diarios de conteo y fecha de vencimiento de medicamentos de control especial, para asi ser entregados correctamente turno a turno. Estos mismos son dispensados bajo formula medica y bajo criterios de dispensacion	-Soportes en fisico, informes via Email
5	Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de información institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos médico quirúrgicos.	-Se realiza verificacion de lo ordenado en las formulas medicas vs el alistamiento de medicamentos y/o insumos medicos.	-Formulas de Dinamica Gerencial, Historia Clinica.
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.	-Responder en el tiempo establecido las actividades asignadas por el Referente y/o Quimico Farmaceutico.	-Guias y Protocolos según formatos establecidos.
7	Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmacéutico.	-Responder en el tiempo establecido las actividades asignadas por el Referente y/o Quimico Farmaceutico.	-Formatos, procesos, envio reportes via Email
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	N/A	N/A

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	055045150021965 9

LEIDY ALEXANDRA BELTRAN GUARIN
1032399967

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

EPS Sanitas

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación | Fecha de Solicitud

170764818

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

A. AFILIACIÓN

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: Cotizante o Cabeza de Familia X A. Individual B. Colectiva D. De Oficio; Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo X B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS): 59

Datos Básicos de Identificación del Afiliado

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: [illegible] | Segundo Apellido: [illegible] | Primer Nombre: [illegible] | Segundo Nombre: [illegible]
7. Tipo de documento de Identidad: CN TI CE CD RC CC X PA SC
8. Número del documento de Identidad: [illegible]
9. Sexo: Femenino X Masculino
10. Fecha de nacimiento: [illegible]

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M; Condición T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia
Dirección: [illegible]
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: [illegible]
Correo Electrónico: [illegible]
Municipio / Distrito: [illegible]
Zona: Urbana X Rural
Localidad / Comuna
Departamento

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino Masculino
23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
Código de la IPS (a registrar por la EPS)

36. Nombre o Razón social

35. Tipo documento de identificación: NIT TI CE CC PA CD

37. Número del documento de identificación

38. Tipo de cotizante (Pagador de Pensiones no propio de la EPS)

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio - Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.

Código [ ]

- [x] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad. [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado. [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento

42. Fecha

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga de ella y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad

CN RC TI CC PA CE CD SC

TOTAL

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBEN
Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones

Digito = 16 07
Firma = 0205

EPS Sanitas
OFICINA ZONA N
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **27/02/2023**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **LEIDY ALEXANDRA BELTRAN GUARIN** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1032399967**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550451500219659**
Saldo a la fecha	**1,625.13 Pesos**
Fecha de apertura	**25/05/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **LEIDY ALEXANDRA BELTRAN GUARIN** identificado(a) con **CC** número **1.032.399.967** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 14 de febrero de 2012.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de febrero de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20230228104?

ARL | sura

Medellín, 28 de febrero de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que LEIDY ALEXANDRA BELTRAN GUARIN identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032399967 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 16/02/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - TRANSPORTE-SIRC-RUTA

CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
4492102 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE EL TRANSPORTE TERRESTRE DE SERVICIOS ESPECIALES DE PASAJEROS POR CARRETERA COMO: TURISMO, SERVICIOS DE VIAJES CONTRATADOS, EXCURSIONES, TRANSPORTE DE TRABAJADORES (ACTIVIDADES DE ASALARIADOS), TRANSPORTE ESCOLAR

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUÁNDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4,35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. *La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.*
2. *El propio de la actividad ejecutada por el contratista.*

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10323999672305938488

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Dirección IP: 190.24.146.202, 192.230.104.4, 172.16.42.57

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

DATOS DEL COLABORADOR QUE VA RECIBIR LA INDUCCIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Jeidy Alexandra Beltran Guarin
PERFIL O CARGO:	Auxiliar de Farmacia
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1'032399967.
FECHA DE INGRESO:	16-Febrero/23.
FECHA DE REALIZACION DEL ENTRENAMIENTO:	16-Febrero-23.
DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE:	Dirección de complementarios.
SERVICIO:	Farmacia
TIPO DE VINCULACIÓN:	OPS X PLANTA ___ OTRO ___ Cuál ? ___
DATOS DEL MENTOR ASIGNADO PARA REALIZAR LA INDUCCIÓN	
NOMBRE COMPLETO:	Paula Diaz Martinez.
PERFIL O CARGO:	Regente

LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN

DESCRIPCIÒN	SI	NO	NA	OBSERVACIÒN (Describir los temas específicos de acuerdo a perfil y servicio)	OBSERVACIÒN Nombre y cargo de quien brinda la información
BIENVENIDA al colaborador y presentación al equipo del servicio.	X				
Verificación del desarrollo de la Inducción General virtual	X				
Está afiliado a la ARL, conoce el cubrimiento y como hacer el reporte en caso de Accidente laboral.	X				
Cuenta con carné institucional	X				
Presentación de los Riesgos Ocupscionales SST.	X				
Se informa de las actividades o funciones de acuerdo a la modalidad contractual.	X				
Se le realizo recorrido por las instalaciones físicas y reconocimiento del lugar donde desarrollara funciones (planta) o actividades (OPS) y otras áreas de interés.	X				
Se realiza identificación del punto de encuentro de la sede, sistema de alarma, presentación de brigadistas y otro relacionado.	X				
Conoce las condiciones de ingreso a las sedes de la entidades, horarios de atención, uso del carné y otros controles.	X				
Se le dio a conocer el ingreso a la plataforma ALMERA para la ruta del acceso a la información documentación necesaria para el buen desarrollo de sus funciones (planta) o actividades (OPS)	X				
Se realizó socialización de la plataforma SIASUR para temas de nomina y teletrabajo (planta) y cuenta de cobro y certificaciones (OPS).	X				
Socialización de las acciones de formación del servicio en plataforma MAO.	X				
Recibió capacitación por parte de sistemas de información en lo relacionada al registro de la HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL y Formatos establecidos en el proceso.	X				
Se realizó preguntas de control de lectura, frente a la plataforma estratégica de la entidad y el mapa de procesos.	X				
Apropiación de las políticas institucionales asociadas al servicio y dependencia.	X				
Se informó sobre el indumentaria para la prestación del servicio.	X				
Se informó frente al uso de elementos de protección personal.	X				

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-02 V2

Dependencia:	Dirección de complementarios
Servicio:	Farmacia
Fecha:	07-03-2023

A continuación le realizaremos una encuesta referente a la inducción específica con el fin de conocer el nivel de satisfacción que usted obtuvo durante el proceso y de mejorar en próximas acciones en la entidad.

Indique con una "X" su grado de acuerdo con cada uno de los ítems según la siguiente tabla.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

ITEMS	1	2	3	4	5
1. Fue clara, completa y pertinente la información que se le brindó respecto a sus funciones o actividades.				X	
2. La indicación de donde usted desarrollará sus funciones o actividades fue la adecuada				X	
3. La presentación y bienvenida de sus compañeros le hizo sentirse a gusto en la entidad				X	
4. Considera que fue completa la información que le brindaron con relación al manejo de plataformas informáticas y uso de equipos.			X		
5. Le suministraron la información y documentación necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus funciones o actividades.				X	

Powered by CamScanner

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

Entrega de equipos y elementos para el desarrollo de sus actividades (OPS) o funciones (planta). Así como el manejo de los mismos.	X				
Se informó de los procesos, procedimientos, guías, protocolos y formatos pertenecientes al servicio y dependencia.	X				
Se informó frente a las metas y controles existentes del servicio y dependencia.	X				
Se socializo sobre los informes a entregar y su periodicidad.	X				
Se informó frente a eventos de interés en salud pública, que, como, cuando y a quien notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación.	X				
Se informó frente a procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso.	X				
Se informó los mecanismos de reportes y manejo frente a situaciones de incapacidad, permisos o eventualidades que afecten la prestación del servicio.	X				
Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales	X				
Se informó y le quedo claro el procedimiento de entrega y recibo de turno, incluidos los registros correspondientes.	X				
Se informó y el colaborador cuenta con el manual de prescripción de medicamentos.	X				
Se informó y le quedo claro los sitios en los cuales se dispensan los medicamentos.	X				
Socialización de la metodología de notificación y reporte de situaciones que puedan generar un incidente o evento adverso que afecte la atención del usuario.	X				
Se socializaron las guías de manejo clínico de las primeras patologías del servicio.	X				
Se validan cursos de MAO como lo son: seguridad al paciente, atención integral a las victimas de violencia sexual, responsabilidad social u otro especifico del servicio o dependencia.	X				
Entrenamiento en transfusional	X				
Se da entrenamiento con mentor de las funciones propias del cargo o actividades de acuerdo al perfil.	X				
Se realiza evaluación de conocimientos al colaborador.	X				
Diligencio encuesta de satisfacción	X				

Concepto general del mentor frente a las fortalezas, competencias y oportunidades de mejora del colaborador:

Firma del mentor: Paola Vera Firma del colaborador:

Firma del profesional de enlace, líder o supervisor: Sigrid León

Se adjuntan documentos (actas, formatos o evaluaciones) del servicio o dependencia asociados a la inducción específica.

SI___ NO___ Cuáles? _____

Powered by CamScanner

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	MI-SIG-SIG-FT-01 V4

NOMBRE DE LA REUNIÓN:	Socialización de Actividades		
RESPONSABLE:	Sergio León	SECRETARIO:	Paula Díaz
REUNIÓN N°:	01	FECHA:	06/03/2023
LUGAR:	Farmacia Abraham Lincoln	HORA INICIO:	2:30 p.m.
		HORA FINAL:	3:02 p.m.

1. OBJETIVO:

Inducción General y entrega del Cargo

2. PARTICIPANTES:
Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de "Listado de asistencia MI-FT-27."

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA/USS	FIRMA
1	Sergio León	QF	Farmacia.abrahamlincoln@	Complementarios	Sergio León
2	Paula Díaz	QF Farmacia	—	Farmacia	Paula Díaz
3	Leidy Beltran	Aux. Farmacia		Farmacia	
4					
5					

3. ORDEN DEL DIA: (TEMAS A TRATAR)

- Bienvenida
- Socialización de Actividades y Productos Contra actuales

4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM: (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)

Powered by CamScanner

Se explica todo lo referente a funciones a cumplir en la formacion como lo son:

- toma de T°
- limpieza y desinfeccion
- Conteo de frascos de medicamentos
- Semaforizacion de meds
- trato humanizado con los pacientes
- Almacenamiento de medicamentos
- Alistamiento de formulas

Powered by CamScanner

7. COMPROMISOS:

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha límite dd-mm-aa)	QUIEN (Responsable)

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN Diego León.

SECRETARIO REUNIÓN

Powered by CamScanner

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:**	2023-02-01	**Hasta:**	2023-02-28	
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:	1431-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
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	168	101	9560	$2571640	144.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2571640	DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7112640	$ 7112640	$ 0	$ 7112640

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 elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guías, procedimientos del servicio farmaceutico 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 medico quirurgicos conforme a orden medica 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, así como la sematorizacion 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 DATO
5	Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de informacion institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos medico quirurgicos.	-REALIZAR REGISTROS DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, DISPENSADOS EN EL LIBRO CORESPONDIENTE.	--SOPORTES FISICOS FORMULAS
6	Verificar que las formulas, MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de NO POS, esten 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 aplicacion a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmaceutico.	--REALIZAR ACTIVIDADES FRENTE AL SERVICIO FARMACEUTICO	--SOPORTES FISICOS
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-VERIFICACION DE LAS FORMULAS FRENTE AL INGRESO	--SOPORTES FISICOS

© Siasur - 2023

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	65573600		$ 2353284
2023	ENERO	2023	02	16			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1000000	$ 160000	$ 188300
Salud		FAMISANAR		$ 125000	$ 147100
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 24360	$ 28800
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 364200

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	480419857

YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON
1073673110

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Sergio Leon

© Sinsur - 2023

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	COPPRO	EXCEPTUADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1070000112	YEIMY ASTRID SALAMANCA BAYONA		calle 11a e 6-00	3000270	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO MANUAL COMERCIANTE	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (AAAAMMDD)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					APORTANTES	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	1	04/02/2023	85070000	$344.000	

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	147.000	0		0		0	12	2.100	0	147.100	1

TOTALES PENSION

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
23001	Protección (PAS) e Protección	800138788-0	197.000	0	0	0	0	12	2.700	0	199.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otras Entidades	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 Bolívar S.A.	830031952-2	36.300				36.300	12	500	36.800			300	36.800	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 aportes (no ARL, ESAP, MEN) y Mora	Total a Pagar
Salud	1	147.000	147.100
Pensión	1	197.000	199.900
Riesgos Laborales	1	36.300	36.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	380.900	384.000

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

3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones de Contrato
9 Incumplimientos

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CERTIFICACION COBRO ENERO 2022 YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON CTO N° 1946-2021.pdf	CERTIFICACION COBRO ENERO 2022 YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON CTO N° 1946-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO FEBRERO 2022 YEIMY ASTRID SALAMANCA CTO N 1946-2021	Cuenta de Cobro Numero febrero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO MARZO 2022 YEIMY ASTRID SALAMANCA CTO N° 2003-2022.pdf	CERTIFICACION COBRO MARZO 2022 YEIMY ASTRID SALAMANCA CTO N° 2003-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO ABRIL 2022 YEIMY ASTRID SALAMANCA CTO N° 2003-2022.pdf	CERTIFICACION COBRO ABRIL 2022 YEIMY ASTRID SALAMANCA CTO N° 2003-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO 2022 - YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON N° CONTRATO 2003.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 2022 - YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON N° CONTRATO 2003.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 2022 - YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON N° CONTRATO 2003.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 2022 - YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON N° CONTRATO 2003.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO 2022 - YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON N° CONTRATO 2003.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 2022 - YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON N° CONTRATO 2003.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	YEIMMY ASTRID SALAMANCA.pdf	YEIMMY ASTRID SALAMANCA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Descargar	Detalle
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2022-YEIMY ASTRID SALAMANCA N° CONTRATO 203.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2022-YEIMY ASTRID SALAMANCA N° CONTRATO 203.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2022-YEIMY ASTRID SALAMANCA N° CONTRATO 203.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2022-YEIMY ASTRID SALAMANCA N° CONTRATO 203.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2022-YEIMY ASTRID SALAMANCA N° CONTRATO 203.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2022-YEIMY ASTRID SALAMANCA N° CONTRATO 203.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG [illegible]

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
[illegible]	[illegible]			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

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

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	[illegible]	Cód. AFP	[illegible]	Cotización	Cotización voluntaria afiliado	Voluntaria aportante	Fondo solidaridad pensional	Fondo subsistencia	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Cód. ARL	[illegible]	Clase riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

PAGADA

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

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:**	2023-02-01	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	LAURA DANIELA RINCON ALVIRA		**Número de Documento:**	1022982245	
Correo Electrónico:	ladarial22@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3172470586	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1050-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	71
Perfil:	AUXILIAR DE LABORATORIO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS AMBULATORIA ABRAHAM LINCON				

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	168	0	9560	$1606080	96.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1606080	UN MILLON SEISCIENTOS SEIS MIL OCHENTA PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-01-13		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-01-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-02-01	2023-06-30	1	$ 6627612	526
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 1185624	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1670652	$ 8298264	$ 1185624	$ 7112640

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.	Se realiza la dispensación de los medicamentos e insumos basados en los protocolos establecidos por la SUB RED SUR E.S.E.	-Formulación diaria.
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.	Se apoya de manera diligente en la actualización de formatos, protocolos y guías dependiendo de los procedimientos que corresponda, basados en los modelos establecidos para tal fin.	- Formatos de insumos y nevera.
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.-	Se realiza la verificación de lo ordenado frente a lo dispensado para realizar los respectivos registros en el sistema de información.	Descargue de formulación al día.
4	Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles. Así como la semaforización de estos de acuerdo al procedimiento institucional	- Se realiza conteo diario de los medicamentos e insumos; físico frente al sistema y se le entrega la información a las regentes.	- Aleatorios diarios.
5	) Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de información institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos médico quirúrgicos.	- Se realizan las devoluciones por sistema; se realiza Kardex para cada uno de los medicamentos de control especial y así poder llevar un control estricto en el inventario.	- Se realiza entrega al personal del turno siguiente.
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.	Se realiza control estricto en la recepción de MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de NO POS para que cumplan con los requisitos establecidos.	Se llena el libro de NO POS donde se evidencia los días de autorización de los medicamentos.
7	Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmacéutico.	- Se acatan ordenes dadas por la dirección de servicios complementarios de la SUBRED SUR E.S.E. y por el Químico Farmacéutico.	- Se firman actas donde se evidencian las retroalimentaciones dadas por las autoridades.
8	) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Limpieza y desinfección, entrega de carros de medicamentos.	- Firman actas donde se evidencian las retroalimentaciones dadas por las autoridades.

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	$ 1185624
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9446836541		
2023	ENERO	2023	02	15			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON CIENTOOCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS VEINTICUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 105200
Salud		COMPENSAR		$ 125000	$ 82200
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 28600
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 216000

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24119647859

Laura Daniela Rincón

LAURA DANIELA RINCON ALVIRA
1022982245

Nancy T.

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Sergio León

- Información general
- Condiciones
- Bienes y servicios
- Documentos del Proveedor
- Documentos del contrato
- Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- Modificaciones del Contrato
- Incumplimientos

Cerrar ejecución

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CERTIFICACION ARL 1022982245.pdf	CERTIFICACION ARL 1022982245.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023 LAURA DANIELA RINCON 1050 -2023.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023 LAURA DANIELA RINCON 1050 -2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022982245		RINCON ALVIRA LAURA DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 43 sur #12g 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223770123	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1000000034	9446836541	I	2023/02/10	2023/02/15	BANCO BOGOTA	5	$217,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$657,334	$105,200			$657,334	$82,200			$0	$0			$657,334	$28,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$657,334	$105,200			$657,334	$82,200			$0	$0			$657,334	$28,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$657,334	$105,200			$657,334	$82,200			$0	$0			$657,334	$28,600		$0	$0
1	CC	1022982245	RINCON LAURA		230301	17	$657,334	$105,200	EPS008	17	$657,334	$82,200		0	$0	$0	14-11	17	$657,334	$28,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$657,334	$105,200			$657,334	$82,200			$0	$0			$657,334	$28,600		$0	$0

2023/02/15 11:12 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022982245		RINCON ALVIRA LAURA DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 43 sur #12g 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223770123	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1000000034	9446836541	E	2023/02/10	2023/02/15	BANCO BOGOTA	5	$217,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$105,200	$700	$0	$105,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$105,200	$700	$0	$105,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,600	$200	$0	$28,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,600	$200	$0	$28,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$82,200	$500	$0	$82,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$82,200	$500	$0	$82,700
TOTAL				1	$216,000	$1,400	$0	$217,400

2023/02/15 11:12 AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-01 V2

DATOS DEL COLABORADOR QUE VA RECIBIR LA INDUCCIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Laura Daniela Rincón Aurca
PERFIL O CARGO:	Auxiliar de farmacos
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1022982245
FECHA DE INGRESO:	13-01-2023
FECHA DE REALIZACION DEL ENTRENAMIENTO:	14-01-2023
DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE:	Medicina interna hospitalario
SERVICIO:	farmacia
TIPO DE VINCULACIÓN:	OPS X PLANTA ____ - OTRO ____ Cuál ? _____

DATOS DEL MENTOR ASIGNADO PARA REALIZAR LA INDUCCIÓN	
NOMBRE COMPLETO:	Stephany Novoa
PERFIL O CARGO:	Regente farmacia

LISTA DE CHEQUEO Y VERIFICACIÓN

DESCRIPCIÒN	SI	NO	NA	OBSERVACIÒN	
				(Describir los temas específicos de acuerdo a perfil y servicio)	Nombre y cargo de quien brinda la información
BIENVENIDA al colaborador y presentación al equipo del servicio.	X				
Verificación del desarrollo de la Inducción General virtual	X				
Está afiliado a la ARL, conoce el cubrimiento y como hacer el reporte en caso de Accidente laboral.	X				
Cuenta con carné institucional	X				
Presentación de los Riesgos Ocupscionales SST.		X			
Se informa de las actividades o funciones de acuerdo a la modalidad contractual.	X				
Se le realizo recorrido por las instalaciones físicas y reconocimiento del lugar donde desarrollara funciones (planta) o actividades (OPS) y otras áreas de interés.	X				
Se realiza identificación del punto de encuentro de la sede, sistema de alarma, presentación de brigadistas y otro relacionado.		X			
Conoce las condiciones de ingreso a las sedes de la entidades, horarios de atención, uso del carné y otros controles.	X				
Se le dio a conocer el ingreso a la plataforma ALMERA para la ruta del acceso a la información documentación necesaria para el buen desarrollo de sus funciones (planta) o actividades (OPS)		X			
Se realizó socialización de la plataforma SIASUR para temas de nomina y teletrabajo (planta) y cuenta de cobro y certificaciones (OPS).	X				
Socialización de las acciones de formación del servicio en plataforma MAO.	X				
Recibió capacitación por parte de sistemas de información en lo relacionada al registro de la HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL y Formatos establecidos en el proceso.		X			
Se realizó preguntas de control de lectura, frente a la plataforma estratégica de la entidad y el mapa de procesos.		X			

...pisición de las políticas institucionales asociadas al servicio y dependencia.	X				
Se informó sobre el indumentaria para la prestación del servicio.		X			
Se informó frente al uso de elementos de protección personal.	X				
Entrega de equipos y elementos para el desarrollo de sus actividades (OPS) o funciones (planta). Así como el manejo de los mismos.		X			
Se informó de los procesos, procedimientos, guías, protocolos y formatos pertenecientes al servicio y dependencia.		X			
Se informó frente a las metas y controles existentes del servicio y dependencia.		X			
Se socializo sobre los informes a entregar y su periodicidad.	X				
Se informó frente a eventos de interés en salud pública, que, como, cuando y a quien notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación.		X			
Se informó frente a procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso.		X			
Se informó los mecanismos de reportes y manejo frente a situaciones de incapacidad, permisos o eventualidades que afecten la prestación del servicio.		X			
Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales		X			
Se informó y le quedo claro el procedimiento de entrega y recibo de turno, incluidos los registros correspondientes.	X				
Se informó y el colaborador cuenta con el manual de prescripción de medicamentos.		X			
Se informó y le quedo claro los sitios en los cuales se dispensan los medicamentos.	X				
Socialización de la metodología de notificación y reporte de situaciones que puedan generar un incidente o evento adverso que afecte la atención del usuario.		X			
Se socializaron las guías de manejo clínico de las primeras patologías del servicio.		X			
Se validan cursos de MAO como lo son: seguridad al paciente, atención integral a las víctimas de violencia sexual, responsabilidad social u otro especifico del servicio o dependencia.	X				
Entrenamiento en transfusional		X			
Se da entrenamiento con mentor de las funciones propias del cargo o actividades de acuerdo al perfil.	X				
Se realiza evaluación de conocimientos al colaborador.	X				
Diligencio encuesta de satisfacción	X				

Concepto general del mentor frente a las fortalezas, competencias y oportunidades de mejora del colaborador:

Firma del mentor: Shyluy Nova

Firma del colaborador: Laura Daniela Rincón A.

Firma del profesional de enlace, líder o supervisor: Sergio León

Se adjuntan documentos (actas, formatos o evaluaciones) del servicio o dependencia asociados a la inducción específica.

SI ___ NO ___ Cuáles? _____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INDUCCIÓN ESPECÍFICA	GH-FYD-IND-FT-02 V2

Dependencia:	Medicina interna turjodifo.
Servicio:	Farmacia
Fecha:	14-03-2023

A continuación le realizaremos una encuesta referente a la inducción específica con el fin de conocer el nivel de satisfacción que usted obtuvo durante el proceso y de mejorar en próximas acciones en la entidad.

Indique con una "X" su grado de acuerdo con cada uno de los ítems según la siguiente tabla.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

ÍTEMS	1	2	3	4	5
1. Fue clara, completa y pertinente la información que se le brindó respecto a sus funciones o actividades.		X			
2. La indicación de donde usted desarrollará sus funciones o actividades fue la adecuada		X			
3. La presentación y bienvenida de sus compañeros le hizo sentirse a gusto en la entidad				X	
4. Considera que fue completa la información que le brindaron con relación al manejo de plataformas informáticas y uso de equipos.	X				
5. Le suministraron la información y documentación necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus funciones o actividades.		X			

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	MI-SIG-SIG-FT-01 V4

NOMBRE DE LA REUNIÓN:	Socialización de Actividades		
RESPONSABLE:	Sergio leon	SECRETARIO:	Stephany Novoa
REUNIÓN Nº: 02	FECHA: 13 de Marzo de 2023	HORA INICIO:	2:00 PM
LUGAR: Farmacia Medicina Interna		HORA FINAL:	3:30

1. OBJETIVO:

Inducción General y entrega del Cargo

2. PARTICIPANTES:
Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de "Listado de asistencia MI-FT-27

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA/USS	FIRMA
1	Sergio leon	Q. Farmaceutico	[illegible]	Q complementario	Sergio leon
2	Laura Rincon	Aux farmacia	[illegible]	Sucursal Usme Jun.	Laura Rincon
3	Stephany Novoa	Recepcion	[illegible]	Tecnico	Stephany N.
4					
5					

3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)

- Bienvenida
- Socialización de Actividades y Producto Contractuales

4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM: (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

Powered by CamScanner

5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)

6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:

Se explica todo lo referente a funciones a cumplir en la farmacia como lo son:

- toma de T° y Humedad
- limpieza y desinfección
- conteo y firmas de notas
- Semiformación de notas
- Almacenamiento de notas
- trabajo en equipo con enfermera
- Alistamiento de formulas.

Powered by CamScanner

7. COMPROMISOS:

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha límite dd-mm--aa)	QUIEN (Responsable)

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN Sergio León

SECRETARIO REUNIÓN Stephany Novoa.

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	SIASUP

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-02-01	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	MARIA PAULA DIAZ MARTINEZ		**Número de Documento:**	1033794563	
Correo Electrónico:	Maria.diaz-01@outlook.es		**Número Telefónico:**	3102100509	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1330-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	REGENTE DE FARMACIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MARICHUELA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M05UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MARICHUELA	90	0	12030	$1082700	48.4%
M05JS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS AMBULATORIA ABRAHAM LINCON	96	1	12030	$1166910	52.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2249610**	**DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DIEZPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8950320	$ 8950320	$ 0	$ 8950320

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de acuerdo al perfil de Regente de Farmacia acorde con la Lex Artis, segun 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.	-Se realiza seguimiento en los procesos y procedimientos a los auxiliares de farmacia. verificación de inventarios, seguimiento en los programas establecidos por la sub red sur	-Seguimiento a los procesos y procedimientos dados por la subred sur, cumplimiento en la entrega de medicamentos a los usuarios.
2	2). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos del servicio farmaceutico y adherirse a los mismos, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-N/A	-N/A
3	3). Dispensar medicamentos y-o insumos medico quirurgicos conforme a orden medica vigente, asi como llevar el control y registro especial de medicamentos de control.	-Se realiza seguimiento de medicamentos pendientes para garantizar al usuario la entrega en su totalidad de medicamentos.	-Verificación de medicamentos por sistema dinámica
4	4) Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, asi como la semaforizacion de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	-Se realiza inventarios,aleatorios en cada una de las farmacias,para poder identificar faltantes y sobrante para poder realizar un seguimiento por medio del sistema dinámica verificando traslados entre farmacia y bodega-farmacias.	-Sistema de información Dinámica
5	6) Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de informacion institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos medico quirurgicos.	-Verificar y confirmar las devoluciones por sistema dinámica	-Soporte de las devoluciones por sistema
6	7). Realizar la revisión de los carros de paro, acorde con el procedimiento institucional.	-Realizar revisión de carros de paro mensualmente	-Informe de revisión de carros de paro
7	8). Dar aplicacion a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmaceutico.	-Realizar informes de gestión	-Presentar informes de gestión al químico farmacéutico
8	9). Verificar que las formulas MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de NO POS esten debidamente diligenciados (completitud, sin tachones ni enmendaduras), y entregados oportunamente a la farmacia.	-Verificar formato y formulas MIPRES	-Libro MIPRES
9	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-N/A	-N/A

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	$ 2200512
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7866728943		
2023	ENERO	2023	02	23			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL QUINIENTOS DOCEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 187600
Salud		SANITAS		$ 125000	$ 146600
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 28700
Caja de Compensación	SI	COLSUBSIDIO	Total	$ 290220	$ 362900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550008800712047

Paula Diaz

MARIA PAULA DIAZ MARTINEZ
1033794563

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Sergio León

© Siasur - 2023

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo
☐	CUENTA DE COBRO PAULA DIAZ MES FEBRERO 2022 CTO 1854 CDP 426.pdf	CUENTA DE COBRO PAULA DIAZ MES ABRIL 2022 CTO 1854 CDP 426.pdf
☐	CUENTA DE COBRO PAULA DIAZ MES MARZO 2022 CTO 1854 CDP 1148.pdf	CUENTA DE COBRO PAULA DIAZ MES MARZO 2022 CTO 1854 CDP 1148.pdf

Datos guardados

	DE COBRO MES DE ABRIL) 1854 CDP426.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE ABR 2022 CTO 1854 CDP426.pdf
	DE MARIA PAULA DIAZ 'O CTO 1854 CPD 426.pdf	CUENTA DE MARIA PAULA DIAZ M MAYO CTO 1854 CPD 426.pdf
	MES DE JUNIO PAULA) 1854 CDP 426.pdf	CUENTA MES DE JUNIO PAULA D CTO 1854 CDP 426.pdf
	MES DE JULIO 2022 AULA DIAZ CTO 1854 CDP	CUENTA MES DE JULIO 2022 MAF PAULA DIAZ CTO 1854 CDP 426.p

☐	CUENTA DE COBRO MES SPTIEMBRE PAULA DIAZ CTO 1854 CDP 426.pdf	CUENTA DE COBRO MES SPTIEMBRE PAULA DIAZ CTO 18 CDP 426.pdf
☐	CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE PAULA DIAZ CTO 1854 CDP 426.pdf	CUENTA DE COBRO MES OCTUB PAULA DIAZ CTO 1854 CDP 426.p
☐	CUETA DE COBRO MES NOVIEMBRE PAULADIOAZCTO 1854.pdf	CUETA DE COBRO MES NOVIEME PAULADIOAZCTO 1854.pdf
☐	CUENTA DE COBRO MES DICIEMBRE PAULA DIAZCTO 1854.pdf	CUENTA DE COBRO MES DICIEMBRE PAULA DIAZCTO 1854.pdf
☐	CUENTA DE COBTO PAULA DIAS MES ENEERO 2023.pdf	CUENTA DE COBTO PAULA DIAS MES ENEERO 2023.pdf

Cancelar

Datos guardados

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033794563
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MARIA PAULA DIAZ MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DIA 69 C BIS SUR N 18 M 84	TELÉFONO:	7850889
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7866728943	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			9		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/02/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1933068914

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 185.600	$ 2.000	$ 187.600
SUBTOTALES:										$ 185.600	$ 2.000	$ 187.600

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 145.000	$ 1.600	$ 0	$ 146.600
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 1.600	$ 0	$ 146.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 400	$ 0	$ 28.700
SUBTOTALES:									$ 28.300	$ 400	$ 0	$ 28.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 23.200	$ 300	$ 23.500
SUBTOTALES:			$ 23.200	$ 300	$ 23.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1033794563	DIAZ MARTINEZ MARIA PAULA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.160.000				NO																	

N°	SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	$103379456	$ 28.300	30	$ 1.160.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 23.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 386.400

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	SIASUN

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-02-22	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ MONTOYA		**Número de Documento:**	1073700812	
Correo Electrónico:	luisahm2@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3115167893	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3837-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	725
Perfil:	REGENTE DE FARMACIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M05JC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL	160	0	12030	$1924800	286.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1924800	UN MILLON NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-22	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9672120	$ 9672120	$ 0	$ 9672120

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de acuerdo al perfil de Regente 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.	-Desarrollan actividades de acuerdo al perfil y según necesidades que se presenten en la sub red . esarrollan actividades de acuerdo al perfil y según necesidades que se presenten en la sub red .	-Actas de reunión ,excel y correos
2	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.	-cuanto se requiera se presta la creación de las mismas.	-actas , formatos , guías , asistencia
3	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.	-se realiza la verificacion tanto sistema conforme a lo ordenado y a lo dispensado , al igual los medicamentos de control especial formula , sistema y fisico debe corroborar antes de dispensar	-descargue de suministro y recoleccion de formulas de control especial
4	4) Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, así como la semaforización de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	-se realiza los conteos aleatorios diarios y asi mismo se va verificando la semaforizacion de los medicamentos e insumos medico quirúrgicos	-formato de conteo
5	5) Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de información institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos médico quirúrgicos.7). Realizar la revisión de los carros de paro, acorde con el procedimiento institucional.8). Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmacéutico.9). 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.10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-a diario se verifica que no queden suministro ni devoluciones por confirmar	-dinámica gerencial
6	6). Realizar la revisión de los carros de paro, acorde con el procedimiento institucional.	-se realiza revision de carro de paro por servicio	-actas de reunión
7	7). Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmacéutico	-actividades solicitadas por químico farmaceutico .	-informe excel y Word
8	8). 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.	-se revisa a diario se digita en base interna y se hace envio .	-planilla Excel

© Siasur - 2023

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-reciben acorde a la situación con el fin de mantener un bien clima laboral.	-actas de reunión.

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	$ 1994004
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8623675965		
2023	ENERO	2023	02	23			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 797602	$ 127616	$ 190000
Salud		FAMISANAR		$ 99700	$ 148500
ARL	3	SURA		$ 19430	$ 29000
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 231479**	$ 367500

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24439508112

Luisa Hernandez Montoya

LUISA FERNANDA HERNANDEZ MONTOYA
1073700812

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Sergio León

© Siasur - 2023

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	LUISA FERNANDA HERNANDEZ MONTOYA
IDENTIFICACION:	CC-1073700812
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-02-23
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-02-03
FECHA DE PAGO:	2023-02-23
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2023-01
PERIODO SALUD:	2023-01
NUMERO PLANILLA:	8623675965
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8615877350
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 3.500	$ 145.000	$ 148.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 4.400	$ 185.600	$ 190.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 700	$ 28.300	$ 29.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 8.600	$ 358.900	$ 367.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/03/2023

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CERTIFICACION COBRO FEBRERO 2022 LUISA FERNANDA HERNANDEZ MONTOYA CTO N° 2915-2022.pdf	CERTIFICACION COBRO FEBRERO 2022 LUISA FERNANDA HERNANDEZ MONTOYA CTO N° 2915-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO MARZO 2022 LUISA FERNANDA HERNANDEZ MONTOYA CTO N° 2915-2022.pdf	CERTIFICACION COBRO MARZO 2022 LUISA FERNANDA HERNANDEZ MONTOYA CTO N° 2915-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO ABRIL 2022 LUISA FERNANDA HERNANDEZ MONTOYA CTO N° 2915-2022.pdf	CERTIFICACION COBRO ABRIL 2022 LUISA FERNANDA HERNANDEZ MONTOYA CTO N° 2915-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO 2022 - LUISA FERNANDA HERNANDEZ N° CONTRATO 2915.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 2022 - LUISA FERNANDA HERNANDEZ N° CONTRATO 2915.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	LUISA FERNANDA HERNANDEZ N° CONTRATO 2915.pdf	FERNANDA HERNANDEZ N° CONTRATO 2915.pdf			
☐	CUENTA DE COBRO JULIO 2022 - LUISA FERNANDA HERNANDEZ N° CONTRATO 2915.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 2022 - LUISA FERNANDA HERNANDEZ N° CONTRATO 2915.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LUISA FERNANDA HERNANDEZ.pdf	LUISA FERNANDA HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LUISA FERNANDA HERNANDEZ CTA COBRO SEPT 2022.pdf	LUISA FERNANDA HERNANDEZ CTA COBRO SEPT 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LUISA HERNANDEZ.pdf	LUISA HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LUISA FERNANDA HERNANDEZ MONTOYA.pdf	LUISA FERNANDA HERNANDEZ MONTOYA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro luisa.pdf	cuenta de cobro luisa.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	MI-SIG-SIG-FT-01 V4

NOMBRE DE LA REUNIÓN: Socialización de Actividades			
RESPONSABLE: Sergio leon	SECRETARIO: Luisa hernandez		
REUNIÓN N°: 02	FECHA: 09 de Marzo de 2023	HORA INICIO: 2:00PM	
LUGAR: Farmacia el Carmen		HORA FINAL: 3:30 PM	

1. OBJETIVO:

Induccion general y entrega del cargo

2. PARTICIPANTES:
Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de "Listado de asistencia MI-FT-27

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA/USS	FIRMA
1	Sergio León	G. Farmaceutico		complementarios	Sergio León
2	Luisa Hernandez	R. Farmacia		el carmen	Luisa H.
3					
4					
5					

3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)

- Bienvenida
- Socializacion de Actividades y productos contractuales

4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM: (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)

6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:

Se explica todo lo relacionado a funciones a cumplir en la farmacia como lo son:

- Toma de T° y Humedad
- Limpieza y desinfección
- Conteo de turnos de mdtos
- Sensibilización de Mdtos
- Punto humanizado con los pacientes
- Almacenamiento de medicamentos
- Alistamiento de formulas

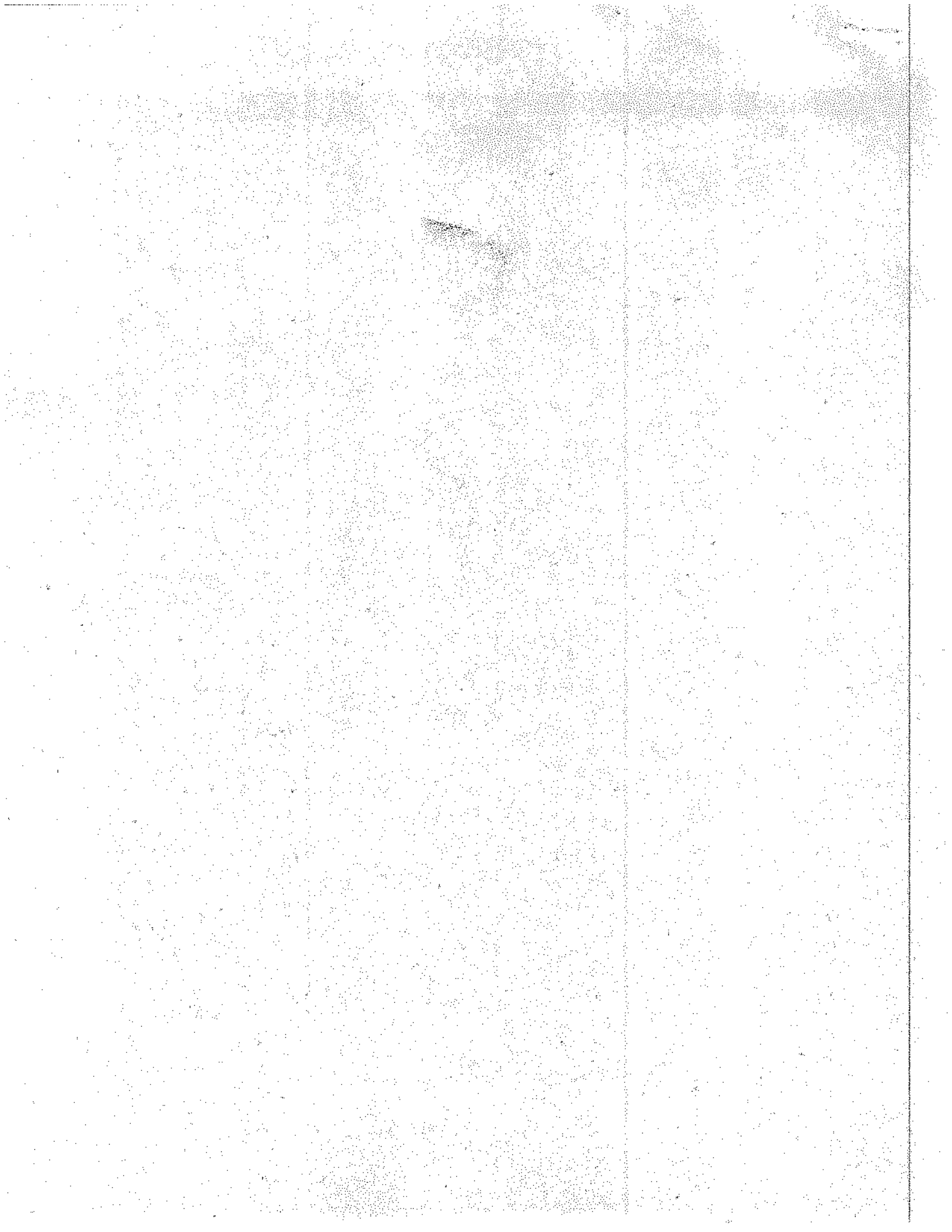
7. COMPROMISOS:

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUÁNDO (Fecha límite dd-mm-aa)	QUIÉN (Responsable)

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Sergio León

SECRETARIO REUNIÓN: Luis Hernandez Montoya



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:**	2023-02-01	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	MARYORI ANDREA RAMIREZ ZAMORA		**Número de Documento:**	1033684729	
Correo Electrónico:	andreita0833@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3022764979	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2100-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR DE FARMACIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M05JC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL	186	99	9560	$2724600	153.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2724600**	**DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7112640	$ 7112640	$ 0	$ 7112640

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1) Prestar servicios de acuerdo al perfil de Auxiliar de Farmacia acorde con la Lex Artis, segun 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.	-se realiza dispensacion demedicamentos e insumos medicos a la totalidad de servici9os encomendados de manera oportuna y basados en la formulacion medica	--formatos y actas en fisico, via email y por dinamica genrencial
2	2) Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guías, procedimientos del servicio farmaceutico y adherirse a los mismos, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-velar por la responsabilidad de los elementos asigandos para el desarrollo de las actividades laborale	--guias y protocolos segun formatos establecidas
3	3) Dispensar medicamentos y-o insumos medico quirurgicos conforme a orden medica vigente, asi como llevar el control y registro especial de medicamentos de control.	-se toman registros diarios de conteo fecha de vencimiento de medicamentos de control especial, para asi ser entregados correctamente turno a turno, estos mismos son dispensados bajo la formula medica y bajo los criterios de dispensación	-formula dinamica gerencial historia clonica
4	4) Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, asi como la semaforizacion de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	-en cada participacion por inventario se registra con fecha de vencimiento cada producto contado quedando listado y bajo acta. los vencimientos se revisan mensualemente reportando su pronta rotacion., ya que se maneja su adecuada semaforizacion	-en cada participacion por inventario se registra con fecha de vencimiento cada producto contado quedando listado y bajo acta. los vencimientos se revisan mensualemente reportando su pronta rotacion., ya que se maneja su adecuada semaforizacion
5	5) Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de informacion institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos medico quirurgicos.	-velar por la responsabilidad de los elementos asignados por el desarrollo de las actividades laborale	--guias y protocios segun formatos establecidos
6	6) Verificar que las formulas MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de NO POS, esten debidamente diligenciados (completitud, sin tachones ni enmendaduras) y entregados oportunamente a la farmacia.	--Se verifica oportunamente los mipres la formula que esten debidamente, diligenciados por los medicos o funcionarios de la salud para asi dar paso a su dispensacion	---guias y protocolos segun formatos establecidos soportes en fisico, informes via email, formatos de dinamica gerencia
7	7) Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmaceutico.	-responder en el tiempo establecido las actividades asignas por el referente y/o quimico farmaceutico.	--guias y protocios segun formatos establecidos formatos , procesos, enviados reportes, via email.
8	8) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales."	-restar un buen servicio . un buen trato hacia los demas personas. siempre tener en cuenta los diez correctos para asi dar un mejor desempeño y evitar incidentes	--guias y protocolos segun formatos establecidos

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	$ 1718684
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8365604582		
2023	ENERO	2023	02	24			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 189200
Salud		FAMISANAR		$ 125000	$ 147800
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 28900
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 365900

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488418443286

MARYORI ANDREA RAMIREZ ZAMORA
1033684729

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Sergio León.

© Siasur - 2023

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **MARYORI ANDREA RAMIREZ ZAMORA**, identificada con **CC** número **1033684729**, aportó por el empleado **MARYORI ANDREA RAMIREZ ZAMORA**, identificado(a) con **CC** número **1033684729** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **8365604582** para el periodo de salud **2023-01** y pensiones **2023-01** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INT	DIAS COT	DIAS INC	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSION	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	MORA EDAD
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0																0	30	$1.160.000	0,02436	3		$28.300	$0	$0	Enero - 2023	8365604582	24/02/2023	N
Salud	EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	830003564	59	0																0	30	$1.160.000	0,12500			$145.000	$0	$0	Enero - 2023	8365604582	24/02/2023	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0																0	30	$1.160.000	0,16000			$185.600	$0	$0	Enero - 2023	8365604582	24/02/2023	N

El presente certificado se expide a los 25 días del mes Febrero de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO MAYO 2022	planilla andrea.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTAS DEDE COBRO JUNIO 2022 ANDREA.pdf	CUENTAS DEDE COBRO JUNIO 2022 ANDREA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTAS DE JULIO FARMACIA DE TUNJUELITO (1)-133-140.pdf	CUENTAS DE JULIO FARMACIA DE TUNJUELITO (1)-133-140.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ANDREA_merged (1).pdf (Archivado)	ANDREA_merged (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro agosto.pdf	cuenta de cobro agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE.pdf	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

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:**	2023-02-01	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	LAURA VALENTINA CARDENAS MENDEZ		**Número de Documento:**	1000625400	
Correo Electrónico:	lvcardenas004@misena.edu.co		**Número Telefónico:**	3217347722	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMÍREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2182-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR DE FARMACIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS AMBULATORIA ABRAHAM LINCON				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M05JC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL	186	99	9560	$2724600	153.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2724600	**DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7112640	$ 7112640	$ 0	$ 7112640

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.)Prestar servicios de acuerdo al perfil de Auxiliar de Farmacia acorde con la Lex Artis, segun 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 demás normas concordantes.	-se realiza dispensacion demedicamentos e insumos medicos a la totalidad de servici9os encomendados de manera oportuna y basados en la formulacion medica	--formatos y actas en fisico, via email y por dinamica genrencial
2	2) Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos del servicio farmaceutico y adherirse a los mismos, en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad.	-velar por la responsabilidad de los elementos asigandos para el desarrollo de las actividades laborales	-guias y protocolos segun formatos establecidas
3	3) Dispensar medicamentos y-o insumos medico quirurgicos conforme a orden medica vigente, asi como llevar el control y registro especial de medicamentos de control.	--se toman registros diarios de conteo fecha de vencimiento de medicamentos de control especial, para asi ser entregados correctamente turno a turno. estos mismos son dispensados bajo la formula medica y bajo los criterios de dispensacion	-formula dinamica gerencial historia clonica
4	4) Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, asi como la semaforizacion de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	--se toman registros diarios de conteo fecha de vencimiento de medicamentos de control especial, para asi ser entregados correctamente turno a turno. estos mismos son dispensados bajo la formula medica y bajo los criterios de dispensacion	-soporte en fisico, informes via email, planillas en escel e informacion del kardex en dimanica gerencial.
5	5) Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de informacion institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos medico quirurgicos	-velar por la responsabilidad de los elementos asignados por el desarrollo de las actividades laborales	-soporte en fisico, informes via email, planillas en escel e informacion del kardex en dimanica gerencial.
6	6) Verificar que las formulas MIPRES, formatos de contingencia y justificación es de NO POS, esten debidamente diligenciados (completitud, sin tachones ni enmendaduras) y entregados oportunamente a la farmacia	-Se verifica oportunamente los mipres la formula que esten debidamente, diligenciados por los medicos o funcionarios de la salud para asi dar paso a su dispensacion	--guias y protocolos segun formatos establecidos soportes en fisico, informes via email, formatos de dinamica gerencia
7	7) Dar aplicacion a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el quimico farmaceutico	--responder en el tiempo establecido las actividades asignas por el referente y/o quimico farmaceutico.	-guias y protocios segun formatos establecidos formatos , procesos, enviados reportes, via email
8	8) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-prestar un buen servicio , un buen trato hacia los demas personas, siempre tener en cuenta los diez correctos para asi dar un mejor desempeño y evitar incidentes	--guias y protocolos segun formatos establecidos

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	$ 1718684
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	65442384		
2023	ENERO	2023	02	09			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1000000	$ 160000	$ 185600
Salud		COMPENSAR		$ 125000	$ 145000
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 24360	$ 28300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	17409899994

Laura Cardenas

LAURA VALENTINA CARDENAS MENDEZ
1000625400

Sergio León

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LAURA VALENTINA CARDENAS MENDEZ**, identificada con **CC** número **1000625400**, aportó por el empleado **LAURA VALENTINA CARDENAS MENDEZ** identificado(a) con **CC** número **1000625400** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDTE	TAFP	TDAP	TVSP	VSST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	57														0		30	$1,160,000	0.02436	$28,300	$0	$0	Enero - 2023	65442384	09/02/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	57														0		30	$1,160,000	0.12500	$145,000	$0	$0	Enero - 2023	65442384	09/02/2023	NO
230301	Porvenir	57														0		30	$1,160,000	0.16000	$185,600	$0	$0	Enero - 2023	65442384	09/02/2023	NO

El presente certificado se expide a los 22 días del mes Febrerode 2023

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

PAGADA

Colombia Compra Eficiente

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

UTC -5 10:54:11
LAURA VALENTINA C...

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página:: 23000726 Ayuda

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? SI No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CERTIFICADO_DE_ADHERENCIA_AL_CONOCIMIENTO_.pdf	CERTIFICADO_DE_ADHERENCIA_AL_CONOCIMIENTO_.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO L..pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO L.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	LAURA VALENTINA CARDENAS.pdf (Archivado)	LAURA VALENTINA CARDENAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	LAURA VALENTINA CARDENAS (1).pdf (Archivado)	LAURA VALENTINA CARDENAS (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	LAURA VALENTINA_merged (1).pdf (Archivado)	LAURA VALENTINA_merged (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	LAURA VALENTINA CARDENAS (2).pdf (Archivado)	LAURA VALENTINA CARDENAS (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO SEPTIEMBRE 2022 LAURA VALENTINA CARDENAS CTO N°6788-2022.pdf	CERTIFICACION COBRO SEPTIEMBRE 2022 LAURA VALENTINA CARDENAS CTO N°6788-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO OCTUBRE 2022 LAURA VALENTINA CARDENAS CTO N°6788-2022.pdf	CERTIFICACION COBRO OCTUBRE 2022 LAURA VALENTINA CARDENAS CTO N°6788-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO NOVIEMBRE 2022 LAURA VALENTINA CARDENAS CTO N°6788-2022.pdf	CERTIFICACION COBRO NOVIEMBRE 2022 LAURA VALENTINA CARDENAS CTO N°6788-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO DICIEMBRE 2022 LAURA VALENTINA CARDENAS MENDEZ CTO N°6788-2022.pdf	CERTIFICACION COBRO DICIEMBRE 2022 LAURA VALENTINA CARDENAS MENDEZ CTO N°6788-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro laura #6788-2022.pdf	cuenta de cobro laura #6788-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 17:12:53
LAURA VALENTINA C...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página:: 23000726 Ayuda

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	cuenta de cobro laura #21822023.pdf	cuenta de cobro laura #21822023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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:	2023-02-01	Hasta:	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	SERGIO ANDRES RAMIREZ LEON		Número de Documento:	1031154347	
Correo Electrónico:	sarjamirez743@icloud.com		Número Telefónico:	3102086286	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Código - Grado:	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1016-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	71
Perfil:	QUÍMICO FARMACEUTICO				
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
M05JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNJUELITO	186	0	26360	$4902960	108%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 4902960	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-01-06		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-01-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2023-02-01	2023-06-30	1	$ 18586578	526
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		$ 3515184	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4540446	$ 23127024	$ 3515184	$ 19611840

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de acuerdo al perfil de Químico Farmacéutico 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.	--Prestar servicios de acuerdo al perfil de Químico Farmacéutico 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.	--PRODUCTO FISICO
2	2). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de servicio farmacéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-	-
3	3).Coordinar la dotación de medicamentos para los servicios hospitalarios y ambulatorios, asegurando stocks para la prestación del servicio farmacéutico en LA SUBRED SUR E.S.E.	--Coordinar la dotación de medicamentos para los servicios hospitalarios y ambulatorios, asegurando stocks para la prestación del servicio farmacéutico en LA SUBRED SUR E.S.E.-	--PRODUCTO FISICO
4	4) Realizar conteos selectivos al inventario del servicio farmaceutico y verificar la concordancia con el sistema de información	--Realizar conteos selectivos al inventario del servicio farmaceutico y verificar la concordancia con el sistema de información	--PRODUCTO FISICO
5	5). Realizar las actividades del programa de farmacovigilancia que se requieran en las unidades de servicios asignadas.	--Realizar las actividades del programa de farmacovigilancia que se requieran en las unidades de servicios asignadas	--PRODUCTO FISICO
6	6). Realizar los informes que se requieran del servicio farmaceutico, incluyendo las respuestas a PQRS.	--Realizar los informes que se requieran del servicio farmaceutico, incluyendo las respuestas a PQRS -	--PRODUCTO FISICO
7	7). 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.	-	-
8	8). Ejecutar y/o supervisar la revision de los carros de paro, acorde con el procedimiento institucional.	--Ejecutar y/o supervisar la revision de los carros de paro, acorde con el procedimiento institucional.-	--PRODUCTO FISICO
9	9). Verificar y controlar actividades de regentes y auxiliares en el servicio farmacéutico.	--Verificar y controlar actividades de regentes y auxiliares en el servicio farmacéutico.-	--PRODUCTO FISICO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10.	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. -	--PRODUCTO FISICO

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	$ 3515184
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9446733443		
2023	ENERO	2023	02	10			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL CIENTOOCHENTA Y CUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 3406074	$ 224072	$ 225000
Salud		SANITAS		$ 175759	$ 175800
ARL	3	SURA		$ 34252	$ 34200
Caja de Compensación	NO		Total	$ 408871	$ 435000

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	10057495176

Sergio León.

SERGIO ANDRES RAMIREZ LEON
1031154347

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

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:**	2023-01-01	**Hasta:**	2023-01-31	
Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA VANEGAS SANTA		**Número de Documento:**	1141318624	
Correo Electrónico:	fersanta2208@gmail.com		**Número Telefónico:**	3236614331	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6361-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1148
Perfil:	AUXILIAR DE FARMACIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M05JS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS AMBULATORIA ABRAHAM LINCON	127	0	8107	$1029589	61.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1029589	**UN MILLON VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-06-09		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-07-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-07-01	2022-09-30	1	$ 1977770	1961
2	2022-08-01	2022-09-30	2	$ 2517664	2321
3	2022-09-01	2022-09-30	3	$ 226996	2684

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2022-10-01	2022-10-31	4	$ 1945680	2796
5	2022-11-01	2022-12-31	5	$ 2067285	3297
6	2022-12-01	2023-01-31	6	$ 1945680	3703
7	2023-01-01	2023-01-31	7	$ 2018643	216

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	JUNIO	$ 1492742
2	JULIO	$ 1751112
3	AGOSTO	$ 2107820
4	SEPTIEMBRE	$ 2107820
5	OCTUBRE	$ 2172676
6	NOVIEMBRE	$ 1897038
7	DICIEMBRE	$ 2115927

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2964060	$ 15663778	$ 13645135	$ 2018643

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.	--Cumplimiento con los turnos programados por el profesional de apoyo tecnico al supervisor 1 para ser realizados en la farmacia del caps.	--entrega diaria de turno
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.	--cumplir con los protocolos del manual de procesos y procedimientos del servicio farmaceutico	--registro de control de formatos actualizados
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.	--NO APLICA	--NO APLICA
4	Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, así como la semaforización de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	--se realizaron aleatorios semanalmente y se realiza inventario.	--carpeta de aleatorios

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de información institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos médico quirúrgicos.	--digitación en linea cuando el usuario llega a la dispensación de los medicamentos .	--verificacion por dinamica
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.	--Envie todos los informes correspondientes a la solicitud mensual de la coordinación (entrega de micronutrientes,anovulatorios,total formulas y medicamentos dispensados por pagador, medicamentos pendientes).	--formatos diligenciados y entrega de turno
7	Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmacéutico.	--Cumpli con las metas acordadas con el supervisor del contrato (se entregan formulas en su totalidad,se diligencian formatos solicitados diariamente:pendiente,registro de temperatura y humedad,entrega de turno etc) se realiza limpieza de los estantes,se surte los medicamentos en los cajones.	--formatos diligenciados diariamente y entrega de turno.
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Cumpli con las metas acordadas con el supervisor del contrato (se entregan formulas en su totalidad,se diligencían formatos solicitados diariamente:pendiente,registro de temperatura y humedad,entrega de turno etc)	--formatos diligenciados diariamente y entrega de turno.
9	Digitar el consecutivo de carda formula medica, facturar los medicamentos entregados a cada usuario en cada una de las USS que conforman la Subred Integrada de Serivios de Salud Sur, de acuerdo a la oferta de servicios y contratación de la institución	--digitacion de formulas con el numero de consicutivo de la farmulas	--se cumple

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	$ 2115927
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	64136172		
2022	DICIEMBRE	2022	12	29			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CIENTOQUINCE MIL NOVECIENTOS VEINTISIETEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud		SALUD TOTAL		$ 125000	$ 125000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 24400
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 309400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4622044560

Luisa Fernanda Vanegas

LUISA FERNANDA VANEGAS SANTA
1141318624

Sergio León.

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	LUISA CUNETA DE COBRO DEL MES DE JUNIO-2022.pdf	LUISA CUNETA DE COBRO DEL MES DE JUNIO-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LUISA FERNANDA VANEGAS JULIO-2022.pdf	LUISA FERNANDA VANEGAS JULIO-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LUISA FERNANDA-AGOSTO 2022.pdf	LUISA FERNANDA-AGOSTO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LUISA VANEGA CUENTA DE COBRO DEL MES DE SEPTIEMBRE-CONTRATO N°6361-2022.pdf	LUISA VANEGA CUENTA DE COBRO DEL MES DE SEPTIEMBRE-CONTRATO N°6361-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA D ECOBRO DE OCTUBRE DE LUISA FERNANDA 2022.pdf	CUENTA D ECOBRO DE OCTUBRE DE LUISA FERNANDA 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LUISA VANEGA CUENTA DE COBRO DEL MES NOVIEMBRE-CONTRATO N°6361-2022.pdf.pdf	LUISA VANEGA CUENTA DE COBRO DEL MES NOVIEMBRE-CONTRATO N°6361-2022.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO LUISA FERNANDA DICIEMBRE-2022.pdf	CUENTA DE COBRO LUISA FERNANDA DICIEMBRE-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1141318624	LUISA FERNANDA VANEGAS SANTA		CALLE 50A SUR # 13-17	3236614331	fersanta2208@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	09/02/2023	64860162	$359.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	145.000	0		0		0	2	400	0	145.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	2	500	0	186.100	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	830903790-5	28.300				28.300	2	100	28.400			283	28.400	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	145.000	145.400
Pensión	1	185.600	186.100
Riesgos Laborales	1	28.300	28.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	359.900

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	1141318624	LUISA FERNANDA VANEGAS SANTA		CALLE 50A SUR # 13-17	3236614331	fersanta2208@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-01	2023-01	I	09/02/2023	64860162	$359.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Dpto.	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1141318624	VANEGAS SANTA LUISA FERNANDA	69	8			N																	230301	1.160.000	185.000	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	3	28.300		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	1141318624	LUISA FERNANDA VANEGAS SANTA		CALLE 50A SUR # 13-17	3236614331	fersanta2208@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	29/12/2022	64136172	$309.400	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	1141318624	LUISA FERNANDA VANEGAS SANTA	CALLE 50A SUR # 13-17	3236614331	fersanta2208@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	29/12/2022	64136172	$309.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en exterior	Estudiante	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIRECCIÓN	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	1141318624	VANEGAS SANTA LUISA FERNANDA	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS002	1'000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

RECIBO DE CAJA

900958564

Número : 000000000346423

Consecutivo : 000000000346423 Estado : Confirmado
Fecha del Recibo : 9/02/2023 9:14:56 a. m. Valor : $ 116.130
Tercero 1141318624 VANEGAS SANTA LUISA FERNANDA
Centro de Costo
Detalle : PAGO POR DOBLE ENTREGA FARMACIA DE ABRAHAM LINCON DEL AÑO 2022
Valor en Letras: CIENTO DIECISEIS MIL CIENTO TREINTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.
Recaudo Nro:

FORMAS DE PAGO							
vr Efectivo :	$ 116.130	vr Cheque :	$ 0	vr Consign. :	$ 0	vr Tarjeta :	$ 0
		Consig.Nro :		Tipo :		Valor :	
		Tarjeta.Nro :		vr.Com:		Valor :	

DETALLE DEL MOVIMIENTO						
	CONCEPTO	TERCERO	CEN.COSTO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
	CAJA USS EL TUNAL	1141318624		11050110	$ 116.130	$ 0
019	OTROS DEUDORES	1141318624		48082601	$ 0	$ 116.130

FACTURAS AFECTADAS					
NUMERO DE FACTURA	VALOR ABONADO	NUMERO DE FACTURA	VALOR ABONADO		
Cheque :		Fecha :		Valor :	

RECAUDO GENERADO					
CONSECUTIVO	FECHA	RUBRO	NOMBRE	RECURSO	VALOR

Firma y Sello
Usuario que Recibe

Firma y Sello
Usuario Crea: NIDIA PILAR SALAMANCA ALDANA

Usuario Id. :35521933

Nombre reporte : TSRPReciboCaja
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

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:	2023-02-01	Hasta:	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	MAXILMILIANO MONROY RAMIREZ		Número de Documento:	14106057	
Correo Electrónico:	maxrls26@gmail.com		Número Telefónico:	3124677063	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Código - Grado:	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2582-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	505
Perfil:	QUÍMICO FARMACEUTICO				
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	0	26360	$4902960	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 4902960	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 19611840	$ 19611840	$ 0	$ 19611840

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 Químico Farmacéutico 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	-Prestar servicios de acuerdo al perfil de Químico Farmacéutico 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.	-PRODUCTO FISICO
2	Apoyar la elaboracion, actualización de formatos, protocolos, guias, procedimientos de servicio farmaceutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-	-
3	gestionar la dotacion de medicamentos para los servicios hospitalarios y ambulatorios, asegurando stocks para la prestacion del servicio farmaceutico en LA SUBRED SUR E.S.E.	-Coordinar la dotación de medicamentos para los servicios hospitalarios y ambulatorios, asegurando stocks para la prestación del servicio farmacéutico en LA SUBRED SUR E.S.E -	-PRODUCTO FISICO
4	Realizar conteos selectivos al inventario del servicio farmaceutico y verificar la concordancia con el sistema de información.	-Realizar conteos selectivos al inventario del servicio farmaceutico y verificar la concordancia con el sistema de información	-PRODUCTO FISICO
5	Realizar las actividades del programa de farmacovigilancia que se requieran en las unidades de servicios asignadas.	-Realizar las actividades del programa de farmacovigilancia que se requieran en las unidades de servicios asignadas.	-PRODUCTO FISICO
6	Realizar los informes que se requieran del servicio farmaceutico, incluyendo las respuestas a PQRS.	-Realizar los informes que se requieran del servicio farmaceutico, incluyendo las respuestas a PQRS -	-PRODUCTO FISICO
7	Verificar que las formulas MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de NO POS esten debidamente diligenciados (completitud, sin tachones ni enmendaduras), y entregados oportunamente a la farmacia	-	-
8	Ejecutar y-o supervisar la revision de los carros de paro, acorde con el procedimiento institucional.	-Ejecutar y/o supervisar la revision de los carros de paro, acorde con el procedimiento institucional -	-PRODUCTO FISICO
9	Verificar y controlar actividades de regentes y auxiliares en el servicio farmaceutico.	-Verificar y controlar actividades de regentes y auxiliares en el servicio farmacéutico. -	-PRODUCTO FISICO
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. -	-PRODUCTO FISICO

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	$ 4540646
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8365157863		
2023	ENERO	2023	02	21			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEISPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1816178	$ 290588	$ 293100
Salud		SÁNITAS		$ 227022	$ 229000
ARL	3	SURA		$ 44242	$ 44700
Caja de Compensación	NO		Total	$ 527090	$ 566800

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	18681732981

MAXILMILIANO MONROY RAMIREZ
14106057

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

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	14106057	MAXIMILIANO MONROY RAMIREZ	kra 40 No 64 sur 38	3124677063	maxrts26@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	1	21/02/2023	65157863	566.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	227.100	0		0		0	7	1.900	0	229.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	290.600	0	0	0	0	7	2.500	0	293.100	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	44.300				44.300	7	400	44.700			443	44.700	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	227.100	229.000
Pensión	1	290.600	293.100
Riesgos Laborales	1	44.300	44.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	562.000	566.800

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	14106057	MAXIMILIANO MONROY RAMIREZ		kra 40 No 64 sur 38	3124677083	maxits26@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	1	21/02/2023	85157963	$586.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Tarifa	Extranjero	Cotiza solidario	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	IRL	Dias Cotizados	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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
1	CC	14106057	MONROY RAMIREZ MAXIMILIANO	59	0			N														30	25-14	1.816.176	290.500	0	0	0	0	EPS005	1.816.176	227.100	14-11	1.816.176	3	44.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

4 Documentos de Proveedor
5 Documentos de contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones de Contrato
9 Incumplimientos

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo			
☐	MAXIMILIANO MONROY-CTO 4819-ABRIL 2022.pdf	MAXIMILIANO MONROY-CTO 4319-ABRIL 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4819 MAYO 2022 (1).pdf	MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4319 MAYO 2022 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4819 JUNIO 2022 (1).pdf	MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4319 JUNIO 2022 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4819 JULIO 2022 (1).pdf.pdf	MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4319 JULIO 2022 (1).pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4819 AGOSTO 2022 (1).pdf.pdf.pdf	MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4319 SEPTIEMBRE 2022 (1).pdf.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE SEPTIEMBRE MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4819 AGOSTO 2029.pdf	CUENTA DE COBRO DE SEPTIEMBRE MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4519 AGOSTO 2029.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE OCTUBRE MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4819 2029 .pdf	CUENTA DE COBRO DE OCTUBRE MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4819 2029 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE NOVIEMBRE MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4819 2029 .pdf.pdf	CUENTA DE COBRO DE NOVIEMBRE MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4819 2029 .pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE DICIEMBRE MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4819 2029 .pdf.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO DE DICIEMBRE MAXIMILIANO MONRROY CONTRATO NO 4819 2029 .pdf.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION CUENTA ENERO 2023 MAXIMILIANO MONROY CTO N° 4819-2022.pdf	CERTIFICACION CUENTA ENERO 2023 MAXIMILIANO MONRCY CTO N° 4819-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

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

ENCUESTA INTERNA

COMUNICACIONES

Se registró la información con éxito

Aceptar

SEXO

Pregunta requerida

EDAD

Pregunta requerida

NIVEL DEL CARGO

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:**	2023-02-17	**Hasta:**	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	JULIE ESPERANZA OÑOFRE CUBILLOS		**Número de Documento:**	1031121187	
Correo Electrónico:	yulyregencia@hotmail.es		**Número Telefónico:**	3182304502	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3763-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR DE FARMACIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS AMBULATORIA ABRAHAM LINCON				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M05UB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS USME	84	0	9560	$803040	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 803040	OCHOCIENTOS TRES MIL CUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-15	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7112640	$ 7112640	$ 0	$ 7112640

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.	Asistir a los turnos que son programados por el regente de farmacia a cargo,se realizan y cumplen actividades como Auxiliar de Farmacia, de acuerdo a la necesidad del Servicio en USS Usme en Turnos Noche.	Cuadro de turnos ejecutados. Cargos en Sistema Dinamica gerencial.
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.	Se realiza diligenciamiento de formatos relacionados con los procesos de farmacia al día en cada Turno,Asi como Adherencia a los mismos y cumplimiento a cada Procedimiento,cumplimiento a normas de Bioseguridad.	Formatos en carpetas fisicas de cada Area o Bodega.
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.	se realiza dispensacion de Medicamentos e Insumos a los diferentes Servicios tanto Ambulatorio como urgencias y Hospitalizacion,farmacia USS Usme teniendo en cuenta la vigencia y correcto diligenciamiento de la formula Medica,conteo diario en cada entrega de turno de Medicamentos de Control Especial y alto costo,asi como de Cadena de frio con descargos al dia, se realiza alistamiento formulas talleres Destino y Santa Martha Visitas Domiciliarias.	Sumunistro a paciente en Dinamica Gerencial. Carpeta Fisica de entregas de Turno.
4	Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles, así como la semaforización de estos de acuerdo al procedimiento institucional.	Se realiza conteos de Tramos según orden de Regente de farmacia,semaforizacion de insumos y Medicamentos de acuerdo al procedimiento institucional.(MEDICAMENTOS CON VENCIMIENTO A 6 MESES ROJO,MEDICAMENTOS CON VENCIMIENTO A UN AÑO AMRILLO, MEDICAMENTOS ALTO RIESGO NARANJA Y MEDICAMENTOS LASA AZUL),Asi mismo al llegar pedidos se realiza semaforizacion de estos.	Formato en excel control de Aleatorias COM-FAR-SFC-TF-36V2. Semaforizacion Fisica en cada Medicamento e Insumo.
5	Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de información institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos médico quirúrgicos.	Se realizan cargues de Medicamentos e Insumos de acuerdo a la formulacion medica, y las respectivas devoluciones en caso de ser necesario.	Soporte Dinamica gerencial
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.	Se revisan Formulas con formato MIPRES con correcto diligenciamiento antes de la dispensacion.	Formatos Fisicos
7	Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmacéutico.8) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se acatan y ejecutan orientaciones dadas por el Quimico farmaceutico	Entregas de turno

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	437292105

JULIE ESPERANZA ONOFRE CUBILLOS
1031121187

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ONOFRE CUBILLOS JULIE ESPERANZA** identificado(a) con **CC** número **1.031.121.187** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de marzo de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de febrero de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

www.positiva.gov.co

JULIETH ESPERANZA
ONOFRE CUBILLOS
CC 1031121187
ESTADO: **ACTIVO**

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Válido hasta:
2023-02-28

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE
NI 900958564

Este carné es personal e intransferible.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO:
DIRÍJASE A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD (IPS) DE LA RED ASISTENCIAL DE URGENCIAS DE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS O COMUNÍQUESE CON LA LÍNEA NACIONAL GRATUITA DE SERVICIO AL CLIENTE

LÍNEA NACIONAL GRATUITA DE SERVICIO AL CLIENTE
018000915809
EN BOGOTÁ (031) 3307000

PARA SOLICITAR ASISTENCIA EN EL EXTERIOR, llame por cobrar desde cualquier país al
(571)7430106
o comuníquese desde USA, Puerto Rico y Canadá al
(571)7430106

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

El emprendimiento es de todos

Minhacienda



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-1986

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-ABR-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALVARO BEATRIZ HENAO LOPEZ

P-1500118-47128191-F-1051121407-20040803 03254 042 16A 02 15041984

SaludTotal

BOGOTA, Noviembre 9 de 2022

Señora:
ONOFRE CUBILLOS JULIE ESPERANZA
CC. 1031121187
CL 95 B SUR 14 G 38 - 8888888
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 13 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ONOFRE CUBILLOS JULIE ESPERANZA	1031121187	C	Jul-13-2020	62	26	COTIZANTE	VIGENTE			Física

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
AUDIFARMA SA	1031121187	Dependiente	CERRADO
AUDIFARMA SA	1031121187	Dependiente	CERRADO
AUDIFARMA SA	1031121187	Dependiente	CERRADO
AUDIFARMA SA	1031121187	Dependiente	CERRADO
JULIE ESPERANZA ONOFRE CUBILLOS	1031121187	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO SÁNCHEZ
Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación; siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JULIE ONOFRE, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.031.121.187 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 437292105, abierta/o desde el 9/7/2020.

Se expide en Bogotá el día 23 del mes de Enero del año 2023 con destino a: Julie

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO