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:**	2024-09-01	**Hasta:**	2024-09-30	
Nombre del Contratista:	SANDRA MILENA CASTRO CORREDOR		**Número de Documento:**	52524158	
Correo Electrónico:	sandicas2009@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3118034612	
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	**Cargo:**	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3132-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	482
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (DIGITADOR - TRANSCRIPTOR)				
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	186	19	8900	$1824500	110.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1824500**	**UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-06-30	1	$ 4245300	1017
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 3493220	1555
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 3422080	2138

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 1682100
2	MARZO	$ 1655400

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	ABRIL	$ 1958000
4	MAYO	$ 1975800
5	JUNIO	$ 1610900
6	JULIO	$ 1877900
7	AGOSTO	$ 1762200
8	SEPTIEMBRE	$ 1824500

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4966200	**$ 16126800**	**$ 14346800**	**$ 1780000**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar ingresos en el aplicativo dinamica gerencial para el cargue de productos del servicio farmaceutico a las cuentas de los pacientes.	-se realiza digitacion de formulas medicas al aplicativo en el dia que se recepciona la formula medica se verifica adress	-aplicativo
2	2. Realizar comprobacion de derechos en las diferentes bases para la identificacion de pacientes autorizados para la entrega de medicamentos.	--se revisa adress y comprobador de derechos	-aplicativo
3	3. Realizar la revision de entregas previas y evitar de esta forma dobles entregas.	-se realiza cargue de salida de medicamentos para generar un control	-----no aplica
4	4. Cargar en el aplicativo de dinamica gerencial en el modulo de inventarios los medicamentos y dispositivos medicos a entregar a los usuarios.	no aplica	no aplica
5	5. Responder por el valor de formulas que sean entregadas con duplicidad.	--se realiza correccion de formulas	-Dinamica
6	6. Realizar correcciones en cargues en los que se identifique dicha necesidad.	--se ingresa cantidades especificadas en cada formula	inventario valorizado
7	7. Participar y responder solidariamente por los inventarios institucionales del servicio farmaceutico.	--se realiza aleatorios cada ,mes	--se realiza aleatorios cada ,mes
8	8. Otras actividades propias que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	--no aplica	--no aplica

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 1762200
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9471981535	-		
2024	**AGOSTO**	**2024**	**09**	**13**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS PESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1300000	$ 208000	**$ 208000**
Salud		FAMISANAR		$ 162500	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550468200030541

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA MILENA CASTRO CORREDOR	2024-09-26 09:13:22
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA MILENA CASTRO CORREDOR	2024-09-27 17:08:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	2024-09-28 15:23:54
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-09-29 18:01:13
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-10-11 10:38:40

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ
DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS