

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------------|------------------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2024-12-01 | Hasta: | 2024-12-31 |
| Nombre del Contratista: | DORIS STELLA VILLALBA BAQUERO | | Número de Documento: | 1022944534 |
| Correo Electrónico: | dorste_16@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3234326588 |
| Nombre del Supervisor: | CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ | Cargo: | DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | Código Grado: - |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|------|
| No. Contrato: | 6701-2024 | Año Contrato: | 2024 | CDP Contrato Inicial: | 2136 |
| Perfil: | AUXILIAR DE FARMACIA - AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS NAZARETH | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--|---|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| M05NS | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS SAN JUAN DE SUMAPAZ | 186 | 0 | 11880 | \$2209680 | 100% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2209680 | DOS MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTAPESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2024-09-20 | | | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2024-10-31 |
| No. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP |
| 1 | 2024-10-01 | 2024-11-30 | 1 | \$ 1449360 | 2617 |
| 2 | 2024-11-01 | 2024-12-31 | 2 | \$ 2209680 | 2773 |
| 3 | 2024-12-31 | 2025-01-20 | 3 | \$ 981750 | 26 |
| 4 | 2024-12-31 | 2025-01-09 | 4 | \$ 630960 | 2962 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | | | Valor a Pagar | |
| 1 | SEPTIEMBRE | | | \$ 594000 | |

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | |
|--|---|--|--|---------------------------|
| 2 | | OCTUBRE | \$ 2209680 | |
| 3 | | NOVIEMBRE | \$ 2209680 | |
| 4 | | DICIEMBRE | \$ 2209680 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 3564000 | | \$ 8835750 | \$ 7223040 | \$ 1612710 |
| 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 en servicios farmacéuticos 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. | -Disponibilidad a la necesidad que se requiere dentro de la subred. | -Formatos físicos magnéticos utilizados para realizar la actividad. | |
| 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 aplica formatos de protocolos y procedimientos acorde a las actividades realizadas . | -Formatos de humedad y temperatura, limpieza y desinfección, demanda insatisfecha. | |
| 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 dispensación de medicamentos y dispositivos médicos solicitados por los profesionales y se realiza informe mensual de medicamentos de control especial. | -Facturación de fórmulas y solicitudes por servicio en dinámica gerencial , anexo 13 y libro de registro de fórmulas por paciente. | |
| 4 | Realizar inventario de insumos y medicamentos disponibles. Así como la semaforización de estos de acuerdo al procedimiento institucional. | -Se realiza inventarios periódicos y semaforización actualizada según corresponda de medicamentos e insumos. | -Formatos correspondientes para toma física de inventario. | |
| 5 | Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de información institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos médico quirúrgicos. | -Se realiza aleatoriamente verificación del kardex , rotación de medicamentos e insumos a las distintas áreas de servicio u otras farmacias . | -Registro de formatos de órdenes de despacho y aleatorios | |
| 6 | Verificar que las fórmulas MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de NO POS, estén debidamente diligenciados (completitud, sin tachones ni enmendaduras) y entregados oportunamente a la farmacia. | -Verificación de fórmulas debidamente diligenciadas en los distintos servicios. | -Registro en dinámica gerencial. | |
| 7 | Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmacéutico. | -Se aplica las recomendaciones o cambios de actividades y protocolos dentro de la farmacia dadas por el químico farmacéutico. | -Actas de reunión y mesas de trabajo. | |
| 8 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -Se realiza otras actividades correspondientes al servicio farmacéutico como solicitud de pedidos según necesidad, recepción técnica y uso adecuado de equipos y elementos de la farmacia. | -Formatos de limpieza y desinfección y solicitudes en dinámica gerencial. | |

| 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 | \$ 2209680 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2024 | DICIEMBRE | 2024 | 12 | 16 | 82669114 | - | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTAPESOS | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | COLFONDOS | \$ 1423500 | \$ 227760 | \$ 208000 |
| Salud | | | | | COMPENSAR | | \$ 177938 | \$ 162500 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | \$ 34676 | \$ 31700 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 413129 | \$ 402200 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 473870126983 | | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | USUARIO | | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | DORIS STELLA VILLALBA BAQUERO | | 2024-12-13 21:17:52 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ | | 2024-12-15 08:39:12 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | | 2024-12-15 13:43:40 | | |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | | | | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | | 2025-01-17 15:40:18 | | |

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