

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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-10-01	Hasta:	2025-10-31
Nombre del Contratista:	YENNY ALEJANDRA PLAZAS VELASCO		Número de Documento:	1031150810
Correo Electrónico:	yenalejandra93@hotmail.com		Número Telefónico:	3204590616
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE	Código Grado: - 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3606-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	AUXILIAR DE FARMACIA - AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS				
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	Procentaje(%) Centro de Costos
M05JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNJUELITO	186	6	11519	\$2211648	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2211648	DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO
--

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 3386586	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 1866078	1767
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	ENERO			\$ 829368	
2	FEBRERO			\$ 2073420	
3	MARZO			\$ 2764560	

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

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

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	ABRIL	\$ 2280762	
5	MAYO	\$ 2073420	
6	JUNIO	\$ 1658736	
7	JULIO	\$ 2211648	
8	AGOSTO	\$ 2073420	
9	SEPTIEMBRE	\$ 2073420	
10	OCTUBRE	\$ 2211648	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 17140272		\$ 22392936	\$ 20250402
			\$ 2142534
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de perfil 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	-Se realiza la dispensación de los medicamentos e insumos basados ??en los protocolos establecidos por la SUB RED SUR ESE	-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	-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	-Descargar 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 la química farmacéutica	-Diarios aleatorios
5	Registrar en kardex o documento equivalente del sistema de información institucional, los suministros y devoluciones de medicamentos e insumos médico quirúrgicos	-Se realizarán 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 Se realiza entrega al personal del turno siguiente a entrega al personal del turno siguiente
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	-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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Dar aplicación a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el químico farmacéutico	-Se acatan órdenes dadas por la dirección de servicios complementarios de la SUBRED SUR ESE y por la Química Farmacéutica.	-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	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	18562282	-		\$ 2073420	
2025	SEPTIEMBRE	2025	11	05					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 228000	
Salud					SÁNTITAS		\$ 177938	\$ 178000	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 440700	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0550004800490031	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					YENNY ALEJANDRA PLAZAS VELASCO		2025-10-26 22:42:26		
RECHAZADO SUPERVISOR					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-10-27 15:35:28		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					YENNY ALEJANDRA PLAZAS VELASCO		2025-10-29 22:30:51		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-10-29 22:32:13		
RECHAZADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-10-30 08:35:12		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					YENNY ALEJANDRA PLAZAS VELASCO		2025-10-31 10:19:43		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					YENNY ALEJANDRA PLAZAS VELASCO		2025-10-31 10:22:54		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-10-31 11:10:33		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-10-31 12:24:05		
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		2025-11-18 12:43:13		

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.



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS