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:**	2026-04-01	**Hasta:**	2026-04-30	
Nombre del Contratista:	LINA KATHERINE BARBOSA CAÑON		**Número de Documento:**	1022985793	
Correo Electrónico:	linaka.43@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3112268581	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3505-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	303
Perfil:	REGENTE 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
M05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	186	40	16000	$3616000	121.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3616000**	**TRES MILLONES SEISCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 3968000	
2	MARZO	$ 3888000	
3	ABRIL	$ 3616000	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14880000	**$ 14880000**	**$ 11472000**	**$ 3408000**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Desarrollar la prestación de servicios profesionales como Regente de Farmacia, conforme a la Lex Artis, en atención a las necesidades asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., de acuerdo con los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.	-Se desarrollan actividades de acuerdo al perfil y según necesidades que se presenten en la Subred.	-Actas de reunión, informen en Excel y correos.
2	2. Apoyar la elaboración, actualización y aplicación técnica de formatos, protocolos, guías y procedimientos propios del servicio farmacéutico, garantizando su observancia en los casos pertinentes y el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-En cuanto se requiera de la colaboración se presta el apoyo para la creación, elaboración o actualización de las mismas.	-Actas de reunión, formatos, guías, lista de asistencia.
3	3. Realizar la dispensación de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos conforme a orden médica vigente, así como efectuar el control y registro especial de los medicamentos sometidos a fiscalización, de acuerdo con la normatividad aplicable.	-Se realiza la verificación primeramente por medio del sistema dinámica de acuerdo a lo ordenado por el profesional y verificación en el momento de la dispensación, se hace una segunda verificación en el momento de la entrega, al igual los medicamentos de control especial formula, sistema y fisco se debe corroborar antes de dispensar.	-Descargue de suministros y recolección de formulas de medicamentos de control especial y no pos.
4	4. Ejecutar el control técnico de inventarios de medicamentos e insumos disponibles, incluyendo la semaforización de existencias conforme al procedimiento institucional, como insumo para la gestión del servicio farmacéutico.	-Se realizan los conteos aleatorios diarios para su entrega mensual, así mismo se va verificando la semaforización de los medicamentos e insumos medico quirúrgicos.	-Formatos de conteos aleatorios, productos contractuales.
5	5. Registrar de manera oportuna y verificable en el kardex o en el sistema de información institucional equivalente, los movimientos de suministro y devolución de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos.	-A diario se verifica por medio de dinámica que no queden suministros ni devoluciones pendientes por confirmar, para ello la jefe del servicio debe hacer la entrega en físico del medicamento para poderlo confirmar.	-Dinámica gerencial.
6	6. Realizar la revisión periódica de los carros de paro, conforme a los procedimientos institucionales vigentes, dejando los soportes y registros correspondientes.	-Se realiza la revisión de los carros de reanimación de manera mensual por servicio según cronograma establecido.	-Actas de reunión, evidencia de la revisión.
7	7. Dar aplicación técnica a las orientaciones, recomendaciones y solicitudes formuladas por el químico farmacéutico, en el marco de la coordinación profesional propia del servicio farmacéutico, sin que ello implique subordinación laboral.	-Se atienden de manera oportuna y acorde a la situación con el fin de mantener un buen clima laboral,	-Actas de reunión.
8	8. Verificar que las fórmulas MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de tecnologías NO POS se encuentren debidamente diligenciados, completos y sin enmendaduras, y gestionar su entrega oportuna al servicio farmacéutico.	-Diariamente se realiza la verificación cuando llegan al servicio antes de su dispensación, todas las mañanas se revisan de nuevo para su envió.	-Excel, Libro donde se registran diariamente.

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional que contribuyan al fortalecimiento de los procesos misionales de la entidad, siempre que guarden relación directa con el objeto contractual y se ejecuten bajo criterios de autonomía técnica.	-Desarrollar las demás actividades acorde a las necesidades que se presenten día a día.	- Guias, formatos, correos.

© Siasur - 2026

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	75579710	-		$ 3888000
2026	MARZO	2026	04	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1750905	$ 280145	**$ 280200**
Salud		FAMISANAR		$ 218863	**$ 218900**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 42700**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 508148**	**$ 541800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550455900076056

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LINA KATERIN BARBOSA CAÑON	2026-04-20 15:03:41
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-04-23 11:59:10
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-04-24 10:32:54
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	2026-05-11 15:05:34

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

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 Febrero CTO 3505-2026 Lina Barbosa.pdf	Cuenta de cobro Febrero CTO 3505-2026 Lina Barbosa.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Pago seguridad social febrero 2026.pdf	Pago seguridad social febrero 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Diplomas y actas de grado.pdf	Diplomas y actas de grado.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Hoja de vida sideap lina barbosa.pdf	Hoja de vida sideap lina barbosa.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3505 2026.pdf	PS 3505 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro Marzo CTO 3505-2026 Lina Barbosa..pdf	Cuenta de cobro Marzo CTO 3505-2026 Lina Barbosa..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Administracion del riesgo (lina barbosa).pdf	Administracion del riesgo (lina barbosa).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Diagnostico y manejo clinico del dengue Certificado del curso (lina barbosa).pdf	Diagnostico y manejo clinico del dengue Certificado del curso (lina barbosa).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

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	1022985793	LINA KATHERINE BARBOSA CAÑON	CARRERA 3A # 72-31 SUR	3146679180	LINITA.KATA@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75579710	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$576.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

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	1022985793	LINA KATHERINE BARBOSA CAÑON	CARRERA 3A # 72-31 SUR	3146679180	LINITA.KATA@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75579710	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1022985793	BARBOSA CAÑON LINA KATHERINE	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL | BOGOTÁ

Iniciar Sesión

Percepción de ambiente organizacional (contratistas)



Este enlace está dirigido a las personas contratistas vinculadas a las entidades y organismos del Distrito Capital y corresponde a la medición distrital de clima laboral y ambiente organizacional 2026, un ejercicio institucional que permite conocer la percepción sobre las condiciones de trabajo, las relaciones laborales, la comunicación, el acompañamiento institucional y el entorno organizacional. Su propósito es generar información confiable que oriente la toma de decisiones y la implementación de acciones de mejora a nivel institucional y distrital, en el marco de la Política Pública Distrital de Gestión Integral del Talento Humano. La información recolectada es confidencial, se analiza de forma agregada y contribuye al fortalecimiento del bienestar, la calidad de vida laboral y la gestión pública en el Distrito Capital.

Fecha inicio medición:

2026-02-27 07:00:00

Fecha fin medición:

2026-05-31 23:59:00

Encuesta diligenciada correctamente.

SOPORTE TÉCNICO

Usted ya ha diligenciado el instrumento (**2026-04-20 13:55:12**), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL
BOGOTÁ

Dirección: Carrera 30 # 25-90 Piso 9, costado oriental. Bogotá - Colombia
Teléfono: (+57) 601 3680038
E-mail: bienestar@serviciocivil.gov.co

SOPORTE TÉCNICO

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

ENCUESTA DE MOVILIDAD: HUELLA DE CARBONO - EJE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Nombres y apellidos del colaborador

Pregunta requerida

N° Identificación

Pregunta requerida

Correo

Pregunta

¿Cuál

Pregunta

¿Con cuál identidad de género se identifica actualmente?

Pregunta requerida

Tiene alguna discapacidad

- Si
- No

Pregunta requerida

Pertenece a una Etnia

ENCUESTA DE MOVILIDAD: HUELLA DE CARBONO - EJE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Se registró la información con éxito

Aceptar