

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2026-04-01	<b>Hasta:</b>	2026-04-30			
<b>Nombre Contratista:</b>	del	EVER YESID CALDERON RINCON	<b>Número de Documento:</b>	1022944858			
<b>Correo Electrónico:</b>	evercalderi@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3195243103			
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	<b>Código Grado:</b>	-	009 - 05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	4047-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	411
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR DE FARMACIA - AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS SANTA LIBRADA I				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
M05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	180	0	13830	\$2489400	96.8%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 2489400	DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2026-02-23	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2026-06-30
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	FEBRERO	\$ 663840	
2	MARZO	\$ 2489400	
3	ABRIL	\$ 2489400	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 11285280	\$ 11285280	\$ 5642640	\$ 5642640

	<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
1	Prestar servicios de apoyo técnico en el perfil de Auxiliar en Servicios Farmacéuticos, orientados a la correcta operación del servicio farmacéutico de LA SUBRED SUR E.S.E., de conformidad con la Lex Artis, los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente que regula la materia, atendiendo las necesidades del servicio previamente definidas por la Entidad.	--Se realiza la dispensación de los medicamentos e insumos basados en los protocolos establecidos por la SUBRED SUR E.S.E	-Se realiza la dispensación de los medicamentos e insumos basados en los protocolos establecidos por la SUBRED SUR E.S.E
2	Apoyar la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos propios del servicio farmacéutico, observando los lineamientos técnicos y científicos establecidos, y garantizando, cuando a ello haya lugar, el cumplimiento de 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	Apoyar las actividades de dispensación de medicamentos y/o insumos médico-quirúrgicos, conforme a órdenes médicas vigentes, así como colaborar en el control y registro especial de medicamentos sometidos a control, de acuerdo con los procedimientos institucionales y la normativa aplicable.	-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	Contribuir al control técnico de inventarios de medicamentos e insumos disponibles en el servicio farmacéutico, incluyendo la aplicación de mecanismos de semaforización, conforme a los procedimientos definidos por LA SUBRED SUR E.S.E.	--Se- realiza conteo diario de los medicamentos e insumos; físico frente sistema y se le entrega la información a las regente	---descargue de formulación al día
5	Registrar de manera autónoma y responsable en el kárdex o en el sistema de información institucional, según corresponda, los movimientos de suministro y devolución de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, garantizando la trazabilidad y confiabilidad de la información.	--Se realizan las devoluciones por sistema; se realiza kardex para cada uno de los medicamentos de control especial; para poder llevar un control estricto en el inventario	-se realiza entrega al personal del turno siguiente
6	Verificar la completitud formal de las fórmulas MIPRES, formatos de contingencia y justificaciones de NO PBS, constatando que se encuentren debidamente diligenciados, sin tachaduras ni enmendaduras, y apoyando su entrega oportuna al servicio farmacéutico, conforme a los procedimientos establecidos.	-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 medicamento
7	Aplicar los lineamientos técnicos, orientaciones y recomendaciones impartidas por el químico farmacéutico, en el marco de los procesos del servicio farmacéutico, sin que ello implique subordinación laboral, sino coordinación técnica propia de la ejecución del objeto contractual.	--Se acatan ordenes dadas por la dirección de servicios complementarios de la SUBRED SUR E.S.E y por la Química Farmacéutica	--Se acatan ordenes dadas por la dirección de servicios complementarios de la SUBRED SUR E.S.E y por la Química Farmacéutica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
8	Desarrollar otras actividades propias del perfil de Auxiliar en Servicios Farmacéuticos que contribuyan al fortalecimiento de las actividades misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., siempre que se encuentren directamente relacionadas con el objeto del contrato y no correspondan a funciones permanentes de un cargo de planta.	--limpieza y desinfección, entrega carros de medicamento	--Se firman actas donde se evidencia 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	\$ 2489400	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2026	MARZO	2026	04	15	72100223	-			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud						FAMISANAR		\$ 218863	\$ 218900
ARL					3	SEGUROS BOLIVAR S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación					NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 541800</b>

**INFORMACIÓN DE PAGO**

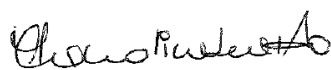
<b>Entidad Bancaria</b>	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	<b>Tipo de Cuenta</b>	AHORROS	<b>Número de Cuenta</b>	24100773552
-------------------------	-------------------------------	-----------------------	---------	-------------------------	-------------

**HISTÓRICO**

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EVER YESID CALDERON RINXON	2026-04-21 23:51:58
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EVER YESID CALDERON RINXON	2026-04-22 02:17:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-04-25 00:21:29
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-04-27 14:53:34
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 16:48:10

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**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026