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:**	2026-05-05	**Hasta:**	2026-05-31	
Nombre del Contratista:	HAROLD STIVENS MENDEZ ORTIZ		**Número de Documento:**	1010219598	
Correo Electrónico:	stivensmendez845@gmail.com		**Número Telefónico:**	3213443145	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4596-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	978
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (BODEGA)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MANUELA BELTRÁN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M05VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MANUELA BELTRÁN	$1983618	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1983618**	**UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS DIECIOCHOPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-05-05	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	MAYO	$ 1983618	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4806443	**$ 4806443**	**$ 1983618**	**$ 2822825**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2026

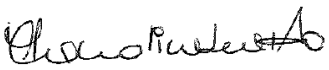
1	Apoyar el proceso de recepción técnica y administrativa de los medicamentos e insumos suministrados por los proveedores de la Subred Sur, mediante la verificación documental y física de los productos recibidos, conforme a los procedimientos institucionales establecidos.	-Capacitacion junto a la regente de farmacia y el auxiliar, para el apoyo de recepcion tecnica.	-bodega, facturas
2	Verificar la correspondencia entre los medicamentos e insumos entregados y los documentos de facturación asociados, y registrar la información en los formatos y sistemas definidos por la entidad, como soporte de la gestión.	-Apoyo con los auxiliares para el alistamiento correcto de los medicamentos junto;capacitacion en cuanto a los codigos de las diferentes unidades.	-Bodega, dinamicas
3	Participar en las actividades de toma y validación de inventarios de las diferentes farmacias, mediante la consolidación y análisis de información, incluyendo la elaboración de informes periódicos sobre medicamentos próximos a vencerse.	-Constante apoyo en la realizacion de inventario semanal y diario de medicamentos.	-Bodega
4	Apoyar la correcta organización y almacenamiento de los medicamentos en la farmacia y/o bodega especializada, de acuerdo con los lineamientos técnicos y las buenas prácticas definidas por el servicio farmacéutico.	-Gestion en almacenamiento y despacho de medicamentos, junto a acompañamiento en el recibimiento de los mismos.	-bodega, proveedores
5	Elaborar preinformes de movimiento de medicamentos, con base en los registros disponibles, que permitan realizar seguimiento a las entradas, salidas y existencias.	-Proceso de capacitacion	-Capacitacion
6	Aplicar los lineamientos y directrices técnicas emitidas por el referente de bodega del servicio farmacéutico y por el Químico Farmacéutico, en el marco del objeto contractual y sin que ello implique subordinación jerárquica.	-Instrucciones de lineamientos en cuanto a todo lo relacionado de medicamentos, kardex y inventarios.	-bodega, dinamicas
7	Verificar administrativamente la correspondencia entre los medicamentos ordenados y los efectivamente dispensados, y registrar la información en el sistema de información institucional, conforme a los procedimientos definidos.	-Apoyo, con el auxuliar administrativo para el correcto recibiento y seguimineto de recibir medicamentos.	-Facturas, auxiliar.
8	Estructurar y presentar los informes de gestión requeridos por la Dirección de Servicios Complementarios, así como realizar el seguimiento a los compromisos y acciones derivadas de los mismos.	-Proceso capacitacion	-Capacitacion
9	Desarrollar actividades complementarias propias del perfil contratado, relacionadas con el objeto del contrato, que contribuyan al fortalecimiento de las actividades misionales del servicio farmacéutico, sin que ello implique funciones permanentes, subordinadas o propias de cargos de planta.	-Dialogos en cuanto a mejora de la bodega.	-Capactiacion

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	91237851779

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAROLDSTIVEN ORTIZ MENDEZ ORTIZ	2026-05-27 13:09:32
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-05-27 14:46:31
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-05-29 22:42:12
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	2026-06-11 23:29:06

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

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	1010219598	HAROLD STIVEN'S MENDEZ ORTIZ	CALLE 68 C SUR # 10 - 12	3213443145	stivensmendez845@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
		92089207	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$541.800	

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
230301	Porvenir	800224808-8	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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
CC	1010219598	HAROLD STIVEN'S MENDEZ ORTIZ		CALLE 68 C SUR # 10 - 12	3213443145	stivensmendez845@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92089207	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$541.800	

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	Excarcelado	IND	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 1010219598	MENDEZ ORTIZ HAROLD STIVEN'S	59	0			N																	230301	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		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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