ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS — CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-oct.-21	Hasta:	31-oct.-21		
Nombre del Contratista:	ELSA JAZMN CRUZ CASTILLO		Cédula:	52080295		
Correo Electrónico:	ELSA-JAZ@HOTMAIL.COM		Teléfono(s):	3214681679		
Nombre del Supervisor - Planta:	Dr NANCY STELLA TABARES RAMIREZ		Cargo:	DIRECTOR TECNICO	Codigo-Grado:	009-05
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:	1765
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	Francy Yamely Dominguez Salazar		Perfil	REFERENTE DE FARMACIA	No. CTO:	3067-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	1760-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AIXILIAR DE FARMACIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :					

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS								
FARMACIA - CAPS BETANIA		BETANIA	M05UH	186	34	$ 7.833	$ 1.723.260	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.723.260	UN MILLON SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 4.171.650	954	1		
2	2021-07-01	2021-08-30	2	$ 1.255.152	1588	2	Febrero	$ 1.738.926
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 3.348.480	2028	3	Marzo	$ 1.832.922
4	2021-11-01	2021-12-31	4	$ 3.952.573	2700	4	Abril	$ 1.676.262
						5	Mayo	$ 1.660.596
						6	Junio	$ 1.569.600
						7	julio	$ 1.569.600
						8	Agosto	$ 1.773.069
						9	Septiembre	$ 1.801.590
						10	Octubre	$ 1.723.260
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.865.760	$ 17.593.615	$ 15.345.825	$ 2.247.790

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	prestar servicios de apoyo tecnico en el area de farmacia en la subred sur, con el pleno cumplimiento de los estandares de calidad y oportunidad, durante el tiempo de disonibilidad indicado en su propuesta	asistir a los turnos que son programados por el regente de farmacia a cargo	cuadro de turnos mensual
2	realizar la dispensacion y rotacion de los medicamentos a todos los servicios encomendados en la forma oportuna, basada en la formulacion medica.	Revisar cada uno de los ítems que trae las colillas y formulas, dando rotacion a los medicamentos proximos a vencer	formulas, colillas y informe mensual de proximos avencer

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CO-OPS-FT-11 V6
3	realizar la verificacion de lo ordenado frente a lo dispensado y realizar los respectivos registros en el sistema de informacion	saludo al paciente, recibir la formula verificando cada uno de los items, para realizar el alistamiento teniendo encuenta el doble chequeo y dar la dispensacion adecuada según los 5 correctos.	manual de buenas practicas de dispensacion y facturacion en el sistema
4	participar activamente en los inventarios de las diferentes farmacias con validaciones periodicas a traves de la elaboracion de informes de proximos vencimientos de medicamentos , los cuales de no ser reportado a tiempo se descontaran de la certificacion mensual , garantizando el adecuado almacenamiento en la farmacia / bodega especializada de los medicamentos	realizar aleatorios cada semana de los medicamentos que mas rotan llevando el informe de faltantes y sobrantes. Se llevara acabo la verificacion de los medicamentos y dispositivos medicos según la semaforizacion: rojo menores a 6 meses, amarillos de 6 a 12 meses y verde mayor a 12 meses, y se generara informe mensual para enviar al regente a cargo	kardex mensual y aleatorios
5	elaborar pre informes de movimientos de medicamentos de control especial y realizar los respectivos registros de su entrega y dispensacion.	Recibir formula médica, para realizar el debido verifica miento de cada uno de los ítems, realizar alistamiento y entrega, para descargar del sistema y libro	formula y factura
6	dar cumplimiento a los lineamientos y directrices emitidas por el referente del servicio y quimico farmaeutico.	cumplir con las ordenes asignadas del regente o quimico farmaceutico	libro de entrega, numero de formulas dispensadas y facturadas
7	revisar carros de paro y kits dependiendo del servicio	semaforizar y cambiar insumos proximos vencer con su respectiva acta para mantenerlo los carros y kits según los liniamientos dados por las subred.	actas y carros de paro

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	9	2021	10	12	8615707799		$ 1.773.069

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL SESENTA Y NUEVE PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los Ingresos mensuales) no debe ser Inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		FAMISANAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	37470209091

ELSA JAZMN CRUZ CASTILLO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.080.295
CC. NO. CONTRATISTA

Dr NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTOR TECNICO

Francy Yamely Dominguez Salazar
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTE DE FARMACIA

2021-02-12

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	CRUZ CASTILLO ELSA JAZMIN
IDENTIFICACION:	CC-52080295
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-10-15
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-10-25
FECHA DE PAGO:	2021-10-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-09
PERIODO SALUD:	2021-09
NUMERO PLANILLA:	8615707799
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8654380416
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 113.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 145.400
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.200	$ 22.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 281.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/11/2021

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		
☐	CERTIFICACION COBRO FEBRERO 2021 ELSA JAZMIN CRUZ CASTILLO CTO.nO. 1760-2021.pdf	CERTIFICACION COBRO FEBRERO 2021 ELSA JAZMIN CRUZ CASTILLO CTO.nO. 1760-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO MARZO 2021 ELSA JAZMIN CRUZ CASTILLO CTO.Nº. 1760-2021.pdf	CERTIFICACION COBRO MARZO 2021 ELSA JAZMIN CRUZ CASTILLO CTO.Nº. 1760-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO ABRIL 2021 ELSA JAZMIN CRUZ CASTILLO CTO.Nº. 1760-2021 (2).pdf	CERTIFICACION COBRO ABRIL 2021 ELSA JAZMIN CRUZ CASTILLO CTO.Nº. 1760-2021 (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION COBRO MAYO 2021 ELSA JAZMIN CRUZ CASTILLO CTO.Nº. 1760-2021.pdf	CERTIFICACION COBRO MAYO 2021 ELSA JAZMIN CRUZ CASTILLO CTO.Nº. 1760-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION JUNIO 2021 ELSA JAZMIN CRUZ CTO N°1760.pdf	CERTIFICACION JUNIO 2021 ELSA JAZMIN CRUZ CTO N°1760.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta yasmin agosto.xlsm (Archivado)	cuenta yasmin agosto.xlsm	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	secop cuenta de cobro julio.pdf	secop cuenta de cobro julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE ELSA JAZMIN 1760 AGOSTO SANTA LIBRADA.pdf	CUENTA DE ELSA JAZMIN 1760 AGOSTO SANTA LIBRADA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1760-2021 SEPTIMBRE JAZMIN CRUZ.pdf	1760-2021 SEPTIMBRE JAZMIN CRUZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

CERTIFICADO de APROVECHAMIENTO

Hace constar que

CRUZ CASTILLO ELSA JAZMIN

ha completado el curso

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

EXAMEN INDUCCIÓN Calificación: -

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	COMITÉ DE FARMACIA INSTITUCIONAL EVALUACION DE SOLICITUD MEDICAMENTOS NO POS HOSPITALIZACION	FAR-FT- 27 V 1

Radicado	568		**Fecha de Radicado**	23/08/2019

1.Datos del Paciente

Nombres y Apellidos:	**Identificaciòn:**
BLANCA JEANETH SANDINO CORDON	**51846640**

2.Datos del Prescriptor

Nombres y Apellidos :	**Especialidad**	**Registro Médico**	**Servicio**
LILIANA ANDREA BENITEZ BETANCOURT	SOPORTE NUTRICIONAL	25-3026	UCI ADULTOS

3.Datos del medicamento solicitado

Código ATC /CUM	N/A	**Principio Activo**	**FORMULA POLIMERICA ESP BAJA EN CARBOHIDRATOS (GLUCERNA)**		
Concentración	1.0 CAL 1.5 L LPC	**Forma Farmacéutica**	SUSPENSION ORAL		
Dosis:	**1 LPC AL DIA**	**Tiempo de Tto:**	30	**Registro Invima:**	RSiA02183415
Cantidad Diaria:	1	**Cantidad Total:**	**30**		

4. Análisis del Comité

ESTADO DE PACIENTE

DIAGNOSTICO: OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADASCON CETOACIDOSIS

¿Existe alternativa terapéutica? Si___No___Cuál? NO REPORTA

5.Concepto del comité	**Fecha Aprobacion del acta**	
Observaciones:		

PRESIDENTE	**VERIFICO:LINA MARIA RODRIGUEZ ALFONSO**
DEL COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA	**QUIMICO FARMACEUTICO**
Dra.MARIA FERNANDA RUIZ	**ENLACE INSTITUCIONAL USS TUNAL**
ELABORO : NELLY NOVOA TORRES	

XE3iCroXAa

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

CRUZ CASTILLO ELSA JAZMIN

52080295

Recibió actualización en RESPONSABILIDAD SOCIAL con una intensidad de 08 horas

Para constancia se firma

agosto 17, 2021

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
E.S.E.

BOGOTÁ