

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 7340 2021** C.D.P. No.: **3114** Proceso al que pertenece: **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2808992 - "APH"**  
Unidad a la que pertenece: **UMHES SAN BLAS**  
Nombre del Contratista: **YURY ALEXANDRA PARDO LOPEZ** C.C. **1.031.136.964** de: **BOGOTA DC**  
Fecha Inicio: **2021-10-01** Fecha Terminación inicial: **2021-10-31** Valor Mensual: **\$ 2.830.770** Valor a cobrar: **\$ 1.415.385**

| ADICIÓN/<br>OTRO SI | VALOR<br>ADICIÓN | CDP  | FECHA DE<br>INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN |
|---------------------|------------------|------|--------------------|-------------------------|
| 1                   | \$ 1.415.385     | 3498 | 1/11/2021          | 15/11/2021              |
| 2                   |                  |      |                    |                         |
| 3                   |                  |      |                    |                         |
| 4                   |                  |      |                    |                         |
| 5                   |                  |      |                    |                         |
| 6                   |                  |      |                    |                         |
| 7                   |                  |      |                    |                         |
| 8                   |                  |      |                    |                         |
| 9                   |                  |      |                    |                         |
| 10                  |                  |      |                    |                         |
| 11                  |                  |      |                    |                         |
| 12                  |                  |      |                    |                         |

| Nº<br>CTA | MES DE<br>CUENTA DE<br>COBRO | VALOR A<br>PAGAR | VALOR PAGO<br>SEGURIDAD<br>SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA  |
|-----------|------------------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------|
| 1         | OCTUBRE                      | \$ 2.830.770     | \$ 0                              | 0                   |
| 2         | NOVIEMBRE                    | \$ 1.415.385     | \$ 350.400                        | 54391198 - 54753693 |
| 3         |                              |                  |                                   |                     |
| 4         |                              |                  |                                   |                     |
| 5         |                              |                  |                                   |                     |
| 6         |                              |                  |                                   |                     |
| 7         |                              |                  |                                   |                     |
| 8         |                              |                  |                                   |                     |
| 9         |                              |                  |                                   |                     |
| 10        |                              |                  |                                   |                     |
| 11        |                              |                  |                                   |                     |
| 12        |                              |                  |                                   |                     |

| Resumen de<br>contrato | VALOR INICIAL<br>DEL CONTRATO | VALOR TOTAL<br>DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------|
|                        | \$ 2.830.770                  | \$ 4.246.155                | \$ 4.246.155     | \$ 0               |

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

**PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE FARMACIA DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"**

Relación de actividades para el periodo: Desde: **2021-11-01** Hasta: **2021-11-15**

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta)                                                                                                                                                                                                             | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                              | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1 Apoyar las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente                                                                                                   | Apoye las actividades propias del servicio farmacéutico a través del manejo adecuado de los medicamentos y dispositivos médicos cumpliendo con los lineamientos definidos en la normatividad.                           | Se garantiza que los medicamentos y dispositivos médicos que se almacenan y se tienen en custodia en el servicio farmacéutico cumplen con los parámetros definidos en la norma para su uso seguro y eficaz.                                                |
| 2 Realizar y verificar los inventarios selectivos en la farmacia y en bodega, mensualmente aplicando los controles necesarios.                                                                                                                                         | Realice y verifique los inventarios selectivos propuestos mensualmente, garantizando el cumplimiento de la directrices definidas en los diferentes procesos y procedimientos propios del establecimiento farmacéuticos. | Se alimenta base de datos de ingresos de insumos médicos (medicamentos y dispositivos médicos) aplicando las metodologías FIFO y FEFO para la rotación de existencias.                                                                                     |
| 3 Realizar la entrega de medicamentos y dispositivos médicos, diligenciando los formatos correspondientes y llevando puntos de control.                                                                                                                                | Dispense los diferentes insumos médicos (medicamentos y dispositivos médicos) solicitados por las móviles a través del formato "Solicitud de Insumos y Dispositivos Médicos Hospitalarios".                             | Se archivan y custodian los formatos de solicitud de insumos diligenciados por los tripulantes de las móviles, garantizando la trazabilidad y registros de entrega de los medicamentos y dispositivos médicos entregados.                                  |
| 4 Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio, conforme a protocolos institucionales.                                                                                                                                                                      | Apoye las actividades de limpieza y desinfección del servicio farmacéutico a través de la implementación de los protocolos definidos dentro de la institución.                                                          | Se llevo a cabo actividades de limpieza de estantería y mueble inteligente del servicio farmacéutico, garantizando el correcto almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos.                                                                      |
| 5 Velar por que la atención sea humana, eficaz, calida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.                                                                                                                                                 | Garantice que la atención brindada en el establecimiento farmacéutico fuera calida, eficaz y humana para el personal de las móviles.                                                                                    | Se brinda información clara y sencilla a los tripulantes de las móviles siendo atento, amable y receptivo a las sugerencias, peticiones, reclamos y quejas.                                                                                                |
| 6 Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.                                                                                                                                                                       | Garantice el cumplimiento de los diferentes protocolos de bioseguridad, salud ocupacional y de gestión ambiental promovidos por la institución.                                                                         | Se cumple con el porte de los EPPs, se implementan las directrices de salud ocupacional garantizando el desempeño de actividades en un ambiente de trabajo seguro y se promueven las políticas de gestión ambiental.                                       |
| 7 Realizar la entrega de medicamentos, registros y revisión de soportes relacionados con medicamentos no incluidos en el plan de beneficios de salud- PBS.                                                                                                             | Dispense medicamentos y dispositivos médicos no incluidos en el plan de beneficios en salud (RO-PBS).                                                                                                                   | Se verifica que los insumos médicos dispensados no se encuentran incluidos en el PBS y se conservan en custodia los formatos de solicitud de los mismos.                                                                                                   |
| 8 Llevar registro de las actividades y procedimientos que se le asignen, según los formatos o bases de datos del proceso, así como mantener actualizados los informes definidos por la entidad y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso. | Lleve registro de las actividades propias del servicio farmacéutico desempeñadas en la ejecución de mi labor garantizando el cumplimiento de los diferentes procesos y procedimientos implementados por la institución. | Se conservan registros de solicitudes de insumos, ordenes de despacho, entrega de insumos y base de datos de rotación de medicamentos y dispositivos médicos.                                                                                              |
| 9 Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                                                               | Participo en las diferentes jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos organizados y convocados por la institución.                                                                                       | Se diligencian las planillas de asistencia a capacitaciones, inducciones, socializaciones y demás eventos programados por la institución.                                                                                                                  |
| 10 Cumplir la programación de actividades del servicio, realizar cambios de turnos cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.                                                                                  | Cumpli con la programación de las actividades propias del servicio farmacéutico, realizando cambios de turnos dando cumplimiento con las directrices definidas por la institución y establecidas en el contrato.        | Informe de las novedades presentes a la finalización de mi turno, igualmente llevando a cabo la entrega de turno a mi colega con el fin de garantizar el cumplimiento de mi programación y respetando los horarios de trabajo bajo los que fui contratado. |
| 11 En caso de presentarse novedades información con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.                                                                                                                                           | Informe con anticipación las novedades presentes a mi jefe inmediato o líder de proceso con el fin de garantizar la búsqueda eficaz de soluciones.                                                                      | Informe de las diferentes situaciones presentadas en el desarrollo de las actividades del servicio farmacéutico al gestor de turno del convenio APH para garantizar la provisión y solución de las novedades presentadas.                                  |
| 12 Realizar y verificar los inventarios selectivos en la farmacia y en bodega, mensualmente aplicando los controles necesarios.                                                                                                                                        | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requirieron para cabal el cumplimiento de las actividades.                                                                        | Se alimenta base de datos de ingresos de insumos médicos (medicamentos y dispositivos médicos) aplicando las metodologías FIFO y FEFO para la rotación de existencias.                                                                                     |
| 13 Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos, demostrando gestión realizada para evitar pérdidas.                                                                                       | Revise y controle la vigencia de los medicamentos y dispositivos médicos que se almacenan en el servicio farmacéutico implementando los lineamientos establecidos para evitar pérdidas de insumos.                      | Se realiza control a fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos para garantizar la correcta rotación de existencias y evitar las pérdidas por avarias o vencimientos de los mismos.                                                      |
| 14 Orientar al usuario del servicio farmacéutico, teniendo en cuenta los correctos de dispensación de medicamentos.                                                                                                                                                    | Oriento a los tripulantes de las móviles y personal de salud en general sobre el manejo y uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos.                                                                          | Se brinda la información necesaria al personal de salud en general del convenio APH sobre el almacenamiento, manejo y uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos con el fin de evitar los errores de dispensación.                                |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 | Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. | Tramite dentro del periodo de tiempo establecido por la institución la entrega de los diferentes soportes documentales para el pago de mis honorarios.                                                                                   | Entregue la respectiva cuenta de cobro de las actividades desempeñadas en el servicio farmacéutico, facilitando el soporte de pago de planilla de prestaciones sociales, cuenta de cobro e informe de ejecución de obligaciones. |
| 17 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.                                                                                                                                                                     | Cumplir las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel naturaleza y área de desempeño del contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Para el cumplimiento de mis actividades extras me puse a entera disposición de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente garantizando la ejecución de mi cronograma de turnos.                                    |
| 18 | Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APIF".                                                                                                                                                                                    | Cumplir las demás actividades dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APIF".                                                                                                                                                 | No presente inasistencia en el cuadro de turnos durante el tiempo de vigencia del contrato.                                                                                                                                      |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

*Porq Alexandra Parco Lopez*

C.C. 1.031.136.964 de Firma del Contratista BOGOTA DC

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

|         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| NOMBRE: | MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL |
| CARGO:  | Directora de Urgencias           |
| FIRMA   | <i>Maria Angelina Quiñones</i>   |

**CUENTA DE COBRO No. 2**

**FECHA 15/11/2021**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**

**CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**Nit. 900.959.051.7**

**DEBE A:**

**YURY ALEXANDRA PARDO LOPEZ**

**C.C. 1.023.881028**

**LA SUMA DE**

**UN MILLON CUATROCIENTOS QUINCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO  
(\$ 1.415.385 )**

Por concepto de **15 DIAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 7340 2021**, con afiliación a **ARL RIESGO 3** correspondiente al mes de **NOVIEMBRE DE 2021**.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO **AUXILIAR DE FARMACIA**, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente



**YURY ALEXANDRA PARDO LOPEZ**

**C.C. 1.023.881028**

**Teléfono: 3163386045 DIRECCION KR 18G #15 - 35**

**N° CUENTA: 18316730686 CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                            |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD                   |
|                      |                                   |               |                          |                 | ENTRADAOS unc<br>1 0       |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | I             | 03/11/2021               | 54391188        | TOTAL A PAGAR<br>\$347.500 |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES PENSION |             |             |                        |                            |                             |                          |                           |                      |                |               |               |
|-----------------|-------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpasiones | 900336004.7 | 179,700                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0                    | 0              | 179,700       | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                      |               |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGCE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 140,400                              | 140,400       |
| Pension                | 1                              | 179,700                              | 179,700       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 27,400                               | 27,400        |
| CCF                    | 0                              | 0                                    | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                    | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                    | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                    | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                    | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 347,500                              | 347,500       |

