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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 2186 2021 | C.D.P. No.: | 301 | Proceso al que pertenece: | GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - FARMACIA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UMHES SANTA CLARA |
| Nombre del Contratista: | KAREN SLICK CASTILLO GUTIERREZ | | | C.C. 1.033.774.286 | de: BOGOTÁ |
| Fecha Inicio: | 2021-02-23 | Fecha Terminación inicial: | 2021-03-31 | Valor Mensual: $ 1.927.800 | Valor a cobrar: $ 2.037.960 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.560.600 | 822 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | $ 3.066.120 | 1219 | 2021-05-01 | 2021-06-15 |
| 3 | $ 3.497.580 | 1737 | 2021-06-16 | 2021-08-15 |
| 4 | $ 1.432.080 | 2378 | 2021-08-16 | 2021-09-15 |
| 5 | $ 908.820 | 2862 | 2021-09-16 | 2021-09-30 |
| 6 | $ 826.200 | 3068 | 2021-10-01 | 2021-10-15 |
| 7 | $ 1.377.000 | 3271 | 2021-10-16 | 2021-10-31 |
| 8 | $ 1.927.800 | 3454 | 2021-11-01 | 2021-11-30 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.285.200 | $ 281.200 | 83531739346 |
| 2 | MARZO | $ 2.129.760 | $ 281.062 | 83491107124 |
| 3 | ABRIL | $ 1.982.880 | $ 281.062 | 83498410740 |
| 4 | MAYO | $ 1.762.560 | $ 281.062 | 83504782263 |
| 5 | JUNIO | $ 1.707.480 | $ 281.062 | 83511297986 |
| 6 | JULIO | $ 1.652.400 | $ 281.062 | 83518276837 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.872.720 | $ 281.200 | 52485669 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.652.400 | $ 281.200 | 83531739349 |
| 9 | OCTUBRE | $ 2.368.440 | $ 281.200 | 83538647911 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 2.037.960 | $ 281.200 | 83545399491 |
| 11 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.855.600 | $ 18.451.800 | $ 18.451.800 | |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

**PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-11-01 Hasta: 2021-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS 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 | Surtido de insumos en el almacenamiento, manteniendo el aseo y orden de acuerdo a la distribución en la farmacia con su correspondiente identificación y ubicación en orden alfabético | Semaforización con fecha menor a 6 meses ser rotula alto riesgo y Test<br>Limpieza diaria y organización de canastas |
| 2 | Realizar y verificar los inventarios selectivos en la farmacia y en bodega, mensualmente aplicando los controles necesarios | Selectivas: No. de selectivas realizadas<br>Proximos a vencer: reporte y gestión realizada<br>Control de temperatura: No. de registros realizados<br>Solicitudes: No de items informados al regente para hacer pedido<br>Recepciones técnicas: Cantidad de registros realizados | Selectivas: 75 item<br>control de temperatura: 7<br>Solicitudes: 14<br>Recepciones técnicas: 8 |
| 3 | Realizar la entregar de medicamentos y dispositivos médicos, diligenciando los formatos correspondientes y llevando puntos de control | Suministros: cantidad de suministros registrados en DGH<br>Pendientes: cantidad de registros en RUVEM<br>Traslados: cantidad de traslados registrados en DGH | Suministros: 9806<br>Pendientes: 7<br>Traslados: 249 |
| 4 | Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio, conforme a protocolos institucionales | Áreas: Registros de limpieza y desinfección realizado con el apoyo de servicios generales<br>Equipos: Registros de limpieza de nevera realizados. | Limpieza y desinfección realizado 14 de noviembre |
| 5 | Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestion ambiental. | Higiene de manos: a diario.<br>Clasificación de residuos: fraccionamiento de cajas de medicamentos durante el almacenamiento de medicamentos. | Cada 2 Horas, y cuando ingreso y salgo de los servicios y farmacia |
| 6 | Realizar la entregar de medicamentos, registros y revisión de soportes relacionados con medicamentos no incluidos en el plan de beneficios de salud -PBS | MIPRES: Cantidad de registros MIPRES o NOPBS realizados: dispensar los medicamentos en los cuales tiene contrato con capital salud e informar al usuario sobre los medicamentos y insumos que requiere autorizacion | Mipres: 20 |
| 7 | Llevar registro de las actividades y procedimientos que se le asignen, segun 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 | Entrega de conteos realizados a Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado<br>Entrega de conteos realizados a Medicamentos de Alto Costo<br>Reportes de mesa de ayuda notificados | Medicamentos Control Especial: 10<br>Medicamentos Alto Costo: 7 |
| 8 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Asistir a capacitaciones programadas por el director técnico del servicio farmaceutico y la subred | N/A |
| 9 | 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 | Cumplir con la programacion de actividades establecida: cantidad de horas establecidas / cantidad de horas programadas | 180 Horas + 6 de inventario +36 Horas adicionales programadas<br>Total: 222 |
| 10 | En caso de presentarse novedades información con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo | Informar si se presentaron cambios de turnos, incapacidades o no se asistio al turno | N/A |
| 11 | Realizar y verificar los inventarios selectivos en la farmacia y en bodega, mensualmente aplicando los controles necesarios. | Se reportan faltantes, sobrantes y vencidos para poder darle rotacion o aprovechamiento en los otros servicios farmaceuticos | No se reportan medicamentos faltantes ni sobrantes |
| 12 | Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos, demostrando gestión realizada para evitar pérdidas | Se reportan proximos a vencer en su debido formato y stiker | Se reportan 4 medicamentos |
| 13 | Orientar al usuario del servicio farmacéutico, teniendo en cuenta los correctos de dispensación de medicamentos | Cantidad de errores de prescripción registrados<br>Cantidad de facturas realizadas (ambulatoria): Total facturas realizada= XXXX (Capital Salud XXX, FFDS: XXX, Eventos: X, Particular: X, Unicajas: X.<br>Verificacion de derechos en bases de datos de capitacion y control de seguimientos a XXX usuarios. | 100 |

**Observaciones: 180 Horas + 6 de inventario +36 Horas adicionales programadas**
**Total: 222**

Firma del Contratista

C.C. 1.033.774.286 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | CLAUDIA SILENIA NIÑO REY |
| CARGO: | DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05 |
| FIRMA | |

AC.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** KAREN SLICK CASTILLO GUTIERREZ
**No. Identificación:** CC1033774286
**Dirección:** CARRERA 17 # 64 A 42 SUR
**Telefono:** 7904311
**Correo:** Karenscg_1995@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8354539949

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | KAREN SLICK CASTILLO GUTIERREZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC1033774286 |
| **Número de planilla** | 8354539949 |
| **Fecha pago** | 2021-11-08 |
| **Número de autorización pago** | 20593936 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2021 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2021 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 281200 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 22200 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 145400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 113600 | 1 |

8354539949

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1033774286
APELLIDOS Y NOMBRES: KAREN SLICK CASTILLO GUTIERREZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 908526 | 908526 | 908526 | 0 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 22200 | 0 |

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

**Cuenta de cobro 010 - 2021**

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

KAREN SLICK CASTILLO GUTIERREZ
C.C. 1.033.774.286 de Ciudad BOGOTÁ

**LA SUMA DE:**

**DOS MILLONES TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($ 2.037.960,00)**

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2186 2021correspondiente al mes de NOVIEMBRE de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

KAREN SLICK CASTILLO GUTIERREZ
C.C. 1.033.774.286
Teléfono 3142447673 Dirección: KRR 17 64A 42 S
No Cuenta 488417484315 AHORROS DAVIVIENDA

Fecha: 30 DE NOVIEMBRE DE 2021