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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3086 2023	**C.D.P. No.:**	114
Proceso que pertenece:	MISIONAL		
Servicio al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		
Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SANTA CLARA		
Nombre del Contratista:	IVAN FELIPE MENDEZ CASAS	**C.C.**	80.237.987 **de:** BOGOTÁ D.C.
Fecha Inicio:	2023-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2023-04-30
Valor Mensual:	$ 2.451.400	**Valor a cobrar:**	$ 2.451.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.451.400	$ 330.600	9446392964	08/02/2023
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 7.354.200	$ 7.354.200	$ 2.451.400	$ 4.902.800

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO MENSAJERO MOTORIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-02-01 **Hasta:** 2023-02-28

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUTO O EVIDENCIA
1	TRANSPORTAR Y ENTREGAR FORMULAS PENDIENTES A LOS USUARIOS DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y EN CUMPLIMIENTO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE	SE TRANSPORTA Y ENTREGA AL PACIENTE LOS MEDICAMENTOS DE ACUERDO A SU FORMULACIÓN.	PLANILLA FIRMADA POR EL PACIENTE.
2	LLEVAR CONTROL DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES PARA LA CONSERVACIÓN FISICOQUÍMICA DE LOS MEDICAMENTOS	SE REGISTRAN LA TEMPERATURA Y HUMEDAD DEL CONTENEDOR DE LOS MEDICAMENTOS Y LAS NOVEDADES SON INFORMADAS A LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO.	REGISTROS DE CONDICIONES AMBIENTALES.
3	FIRMAR PLANILLAS DE RECIBIDO DE LOS MEDICAMENTOS EN LAS FARMACIAS	SE FIRMAN EL REGISTRO DE ENTREGA DE INSUMOS EN LAS FARMACIAS.	PLANILLAS FIRMADAS POR EL COLABORADOR.
4	GARANTIZAR LA ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS A SU DESTINATARIO FINAL DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED	SE ENTREGAN LOS INSUMOS REGISTRANDO NOMBRE CLARO DE QUIEN ENTREGA Y QUIEN RECIBE	PLANILLAS FIRMADAS POR EL COLABORADOR.
5	REPORTAR LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN EN EL TRANSPORTE Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS	SE REPORTAN LAS DIFICULTADES PRESENTADAS A LOS DIRECTORES TÉCNICOS DE LAS FARMACIAS O LA PERSONA ASIGNADA DE LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO.	PLANILLAS FIRMADAS POR EL COLABORADOR.
6	REALIZAR TRASLADOS DE URGENCIA ENTRE LAS FARMACIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	SE REALIZAN LOS TRASLADOS URGENTES INFORMADOS POR EL COORDINADOR DEL PROCESO	PLANILLAS FIRMADAS POR EL COLABORADOR.
7	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO	SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUSTAS QUE SON INFORMADAS.	ACTAS DE REUNIÓN.
8	ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIO FARMACEUTICO, TENIENDO EN CUENTA LOS CORRECTOS DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO.	NO SE REQUIERE
9	DAR APLICACIÓN A LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED	SE CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO Y DE LOS PROCESOS TRASNVERSALES CON LOS QUE NOS RELACIONAMOS, LLEVANDO REGISTRO COMPLETO EN LOS FORMATOS DE LOS MISMOS.	REGISTRO EN LOS FORMATOS DE LOS PROCESOS EN LOS QUE PARTICIPAMOS.
10	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN ACORDE CON EL OBJETO DEL CONTRATO	SE CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y RELACIONADAS CON EL TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS E INSUMOS.	PLANILLAS FIRMADAS POR EL COLABORADOR.
11	EL CONTRATISTA DEBERÁ CERTIFICAR POR ESCRITO LA TITULARIDAD DEL VEHÍCULO MOTO ADEMÁS DEBE ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS ASI: LICENCIA DE CONDUCCIÓN PARA MOTO VIGENTE ACTIVA, TARJETA DE PROPIEDAD REVISIÓN TECNICOMECANICA	SE PRESENTAN LOS SOPORTES SOLICITADOS	SOPORTES SOLICITADOS

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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

12	EL CONTRATISTA DEBE CONTAR CON LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN COMO SON CASCOS CHALECO REFLECTIVO RODILLERAS CANILLERAS CONFORME A LA LEY	SE CUENTA CON LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD SOLICITADOS.	USO DE LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD
13	EL CONTRATISTA ES RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LA MOTO Y EL COMBUSTIBLE DE LA MISMA	SE MANTIENE LA MOTO EN BUENAS CONDICIONES Y FUNCIONAL	MOTO EN BUENAS CONDICIONES Y FUNCIONAL
14	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.	NO APLICA	NO APLICA

Observaciones:
28 DIAS REALIZADOS EN EL MES DE FEBRERO

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Iván Mauricio Mendoza
Firma del Contratista

C.C. 80.237.987 de BOGOTÁ D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA
CARGO (E)	DIRECTOR (E)
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA
CARGO (E)	DIRECTOR (E)
FIRMA	

VoBo: OKQF33
23-02-22

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80237987		MENDEZ CASAS IVAN FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 95A NR 26 83 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-01	2023-01	74165590	9446392964	I	2023/02/20	2023/02/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$330,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$330,600	$0	$0	$330,600

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA