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

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS -4106 - 2018	**C.D.P. No.:**	2049	**Proceso al que pertenece:**	AUXILIAR DE FARMACIA
				Unidad a la que pertenece:	CAPS ALTAMIRA

Nombre del Contratista:	ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON	**C.C.**	1.026.270.634	**de:** BOGOTA

Fecha Inicio:	2018-05-23	**Fecha Terminación incial:**	2018-06-22	**Valor Mensual:**	$ 1.575.420,00	**Valor a cobrar:**	$ 304.920,00

ADICIÓN OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 304.920,00	$ 243.000,00	8327573519
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.805.804	$ 1.805.804	$ 304.920	$ 1.500.884

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-05-14 **Hasta:** 2018-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Apoyar las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente	Se apoyan las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad
2	2. Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos	Revisa y controla la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos
3	3. Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	Se hace la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control
4	4. Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales	Se realiza la limpieza y desinfección del servicio conforme al protocolo de la institución
5	5. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Se velan porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio
6	6. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Guidar las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental
7	7. Orientar al personal asistencial y administrativo de la Entidad, sobre las actividades para la activación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, la realización de Formatos de Contingencia que se presenten y demás, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades en donde se solicite	Guia al personal asistencial y administrativo de la Entidad, sobre las actividades para la activación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, la realización de Formatos de Contingencia que se presenten y demás, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades en donde se solicite
8	.8. Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne	Se activan los usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne

9	9. Realizar el envío de los documentos relacionados con el proceso al Área de Autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.	Envío los documentos relacionados con el proceso al Área de Autorizaciones para ser remitidos a la entidad aseguradora del usuario dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.
10	10. 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.	Llevo los registro de las actividades y procedimientos que se me asignan, segun los formatos y bases de datos , tambien mantengo actualizados los informes definidos por la entidad y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso.
11	11. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones u objeciones que establezcan las entidades aseguradoras.	Brindo el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones que establecen las entidades aseguradoras.
12	12. Portar el uniforme de manera adecuada y decorosa	Utilizo el uniforme de manera adecuada.
13	13. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales	Utilizo el carnet de la institucion de la SUBRED durante la ejecución de mis actividades.
14	14. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato	Cumplo con mi Horario de turnos del servicio, cumpliendo las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.
15	15. En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.	Si se llegase a presentar algun inconveniente que no me permitiera cumplir con mi jornada laboral, informo con debida anticipacion a mi lider para que se realicen los cambios necesarios.
16	16. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.	Cumplo con el pago de los aportes al sistema de seguridad social , salud, pension y ARL durante la vigencia de mi contrato, anexando la planilla de pago.
17		
18		

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Angie Fracolda
Firma del Contratista

C.C. 1.026.270.634 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PAULA ESTEFANIA CAICEDO
CARGO:	QUIMICA FARMACEUTICA
FIRMA:	

Rosa M. Bardel
Regente Farmacia.

Señor(a): ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
No. Identificación: CC 1026270634
Dirección: CALLE 1 F 2 A 25
Teléfono: 3921057 **Fax:** 0000000
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327573519

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	Angie Katherine Firavitoba Calderon
Tipo y Número de Identificación	CC 1026270634
Número Planilla	8327573519
Fecha de Pago	5/16/2018
Número de Autorización de Pago	27573519
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2018
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2018
Periodo Cotización Caja	Mayo 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$243,300
Total Interes Mora	$1,500

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19,300	1
230301	Porvenir	$125,700	1
EPS008	Compensar EPS	$98,300	1

TIPO DOC: CC
NO. DOCUMENTO: 1026270634
APELLIDOS Y NOMBRES FIRAVITOBA CALDERON ANGIE KATHERINE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	781,242	781,242	781,242	0	97,700	125,000	19,100	0

TIPO DOC:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

186 horas
OK

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS -4106 - 2018	**C.D.P. No.:**	2049 2033	**Proceso al que pertenece:**	AUXILIAR DE FARMACIA
				Unidad a la que pertenece:	CAPS ALTAMIRA
Nombre del Contratista:	ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON	**C.C.**	1.026.270.634	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-05-23	**Fecha Terminación incial:**	2018-06-22	**Valor Mensual:**	$ 1.575.420,00
				Valor a cobrar:	$ 1.575.420,00

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.784.936	2283	2018-06-22	2018-08-13
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.575.420,00	$ 243.500,00	8328242132
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.805.804	$ 4.590.740	$ 1.575.420	$ 3.015.320

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-06-01 **Hasta:** 2018-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Apoyar las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente	Se apoya las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad .
2	2. Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos	Reviso y controlo la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos
3	3. Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	Se hace la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control
4	4. Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales	Se realiza la limpieza y desinfeccion del servicio conforme al protocolo de la institucion.
5	5. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Se velar porque la atención sea humana, eficaz, calida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
6	6. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Cuidar las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
7	7. Orientar al personal asistencial y administrativo de la Entidad, sobre las actividades para la activación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, la realización de Formatos de Contingencia que se presenten y demás, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades en donde se solicite	Guiar al personal asistencial y administrativo de la Entidad, sobre las actividades para la activación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, la realización de Formatos de Contingencia que se presenten y demás, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades en donde se solicite
8	.8. Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne	Se activan los usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne.
9	9. Realizar el envío de los documentos relacionados con el proceso al Área de Autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.	Envio los documentos relacionados con el proceso al Area de Autorizaciones para ser remitidos a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.

10	10. 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.	Llevo los registro de las actividades y procedimientos que se me asignan, según los formatos y bases de datos , tambien mantengo actualizados los informes definidos por la entidad y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso.
11	11. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones u objeciones que establezcan las entidades aseguradoras.	Brindo el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones que establecen las entidades aseguradoras.
12	12. Portar el uniforme de manera adecuada y decorosa	Utilizo el uniforme de manera adecuada
13	13. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales	Utilizo el carnet de la institucion de la SUBRED durante la ejecución de mis actividades.
14	14. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato	Cumplo con mi Horario de turnos del servicio, sactifaciendo las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.
15	15. En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.	Si se llegase a presentar algun inconveniente que no me permitiera cumplir con mi jornada laboral, informo con debida anticipacion a mi lider para que se realicen los cambios necesarios.
16	16. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.	Cumplo con el pago de los aportes al sistema de seguridad social , salud, pension y ARL durante la vigencia de mi contrato, anexando la planilla de pago.
17		
18		

Observaciones:	Angie Fragoso **Firma del Contratista**
Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro	**C.C.** 1.026.270.634 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PAULA ESTEFANIA CAICEDO
CARGO:	QUIMICA FARMACEUTICA
FIRMA	

V.O
Rosa M. Ramírez

Señor(es):	Angie Katherine Firavitoba Calderon
Nit:	CC 1026270634
Dirección:	Calle 1 f 2 a 25
Teléfono:	3921057 **Fax:** 0000000
Ciudad:	BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	Angie Katherine Firavitoba Ca
Tipo y número de identificación	1026270634
Número de radicación planilla	8328242132
Fecha de pago	6/20/2018
Número de autorización de pago	28242132
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Junio 2018
Periodo cotización pensión	Junio 2018
Periodo cotización caja	Junio 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$243.500
Total interes mora	$1.700

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cía. de Seguros Bolívar S.A.	$19.300	1
230301	Porvenir	$125.800	1
EPS008	Compensar EPS	$98.400	1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUSTITO CONTRATZ	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1026270634	FIRAVITOBA CALDERON ANGIE KATHERINE	EPS008	230301																				781,242	781,242	0	781,242	0			125,000	0	0	97,700	0

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

4106

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4106 2018 | **C.D.P. No.:** 283827 | **Proceso al que pertenece:** APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO | **Unidad a la que pertenece:** CAPS ALTAMIRA

Nombre del Contratista: ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON | **C.C.** 1.026.270.634 | **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-06-22 | **Fecha Terminación Inicial:** 2018-08-13 | **Valor Mensual:** $ 1.575.420 | **Valor a cobrar:** $ 1.575.420

ADICIÓN OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.818.816	2203	2018-06-17	2018-08-13
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.575.420,00	$ 243.500,00	8328242132
2	JULIO	$ 1.575.420,00	$ 242.300,00	8328734237
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.805.804	$ 4.624.620	$ 3.150.840	$ 1.473.780

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR DE FARMACIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES PROCESOS Y CONFORME LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-07-01 Hasta: 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Apoyar las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente	Se apoya las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad
2	2. Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos	Revisar y controlo la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos
3	3. Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	Se hace la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control
4	4. Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales	Se realiza la limpieza y desinfección del servicio conforme al protocolo de la institución.
5	5. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Se velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
6	6. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Cuidar las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental
7	7. Orientar al personal asistencial y administrativo de la Entidad, sobre las actividades para la activación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, la realización de Fórmulas de Contingencia que se presenten y donde, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades en donde se solicite	Guiar el personal asistencial y administrativo de la Entidad, sobre las actividades para la activación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, la realización de Fórmulas de Contingencia que se presenten y donde, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades en donde se solicite
8	8. Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne	Se activan los usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne.
9	9. Realizar el envío de los documentos relacionados con el proceso al Área de Autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.	Envio los documentos relacionados con el proceso al Área de Autorizaciones para ser remitidos a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.
10	10. 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.	Llevo los registro de las actividades y procedimientos que se me asignan, según los formatos y bases de datos, tambien mantengo actualizados los informes definidos por la entidad y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso.
11	11. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones u objeciones que establezcan las entidades aseguradoras.	Brindo el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones que establecen las entidades aseguradoras.
12	12. Portar el uniforme de manera adecuada y decorosa	Utilizo el uniforme de manera adecuada
13	13. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales	Utilizo el carnet de la institucion de la SUBRED durante la ejecución de mis actividades.
14	14. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato	Cumplo con mi Horario de turnos del servicio, cumpliendo las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.
15	15. En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.	Si se llegase a presentar algun inconveniente que no me permitiera cumplir con mi jornada laboral, informo con debida anticipacion a mi lider para que se realicen los cambios necesarios.
16	16. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.	Cumplo con el pago de los aportes al sistema de seguridad social , salud, pensión y ARL durante la vigencia de mi contrato, anexando la planilla de pago.
17		
18		

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Angie Firavitoba
Firma del Contratista

C.C. 1.026.270.634 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PAULA ESTEFANIA CAICEDO
CARGO:	QUIMICA FARMACEUTICA
FIRMA	

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

Señor(a):	ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
No. Identificación:	CC1026270634
Dirección:	CALLE 1 F 2 A 25
Telefono:	3921057
Correo:	anjho_0708@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8328734237

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
Tipo y número de identificación	CC1026270634
Número de planilla	8328734237
Fecha pago	2018-07-12
Número de autorización pago	28734237
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2018
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	242300
Total Intereses de Mora	500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19200	1
230301	Porvenir	125200	1
EPS008	Compensar EPS	97900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1026270634
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON

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	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

4106

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4106 2018	**C.D.P. No.:**	283927	**Proceso al que pertenece:**	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
				Unidad a la que pertenece:	CAPS ALTAMIRA

Nombre del Contratista: ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON **C.C.** 1.026.270.634 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-06-22 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-13 **Valor Mensual:** $ 1.575.420 **Valor a cobrar:** $ 1.575.420

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.838.836	2283	2018-08-17	2018-08-13
2	$ 1.338.260	2810	2018-08-14	2018-09-13
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.575.420,00	$ 243.500,00	8328242132
2	JULIO	$ 1.575.420,00	$ 242.300,00	8328234237
3	AGOSTO	$ 1.575.420,00	$ 244.300,00	8329621212
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.805.804	$ 5.962.880	$ 3.150.368	$ 1.473.780

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR DE FARMACIA. PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES PROCESOS Y CONFORME LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-06-01 **Hasta:** 2018-06-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Apoyar las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente	Se apoya las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad
2	2. Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos	Reviso y controlo la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos
3	3. Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	Se hace la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control
4	4. Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales	Se realiza la limpieza y desinfeccion del servicio conforme al protocolo de la institucion.
5	5. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Se velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
6	6. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Cuidar las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental
7	7. Orientar al personal asistencial y administrativo de la Entidad, sobre las actividades para la activación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, la realización de Formatos de Contingencia que se presenten y demás, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades en donde se solicite	Guiar al personal asistencial y administrativo de la Entidad, sobre las actividades para la activación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, la realización de Formatos de Contingencia que se presenten y demás, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades en donde se solicite
8	8. Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne	Se activan los usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne.
9	9. Realizar el envío de los documentos relacionados con el proceso al Área de Autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.	Envio los documentos relacionados con el proceso al Área de Autorizaciones para ser remitidos a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.
10	10. 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.	Llevo los registro de las actividades y procedimientos que se me asignan, según los formatos y bases de datos, tambien mantengo actualizados los informes definidos por la entidad y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso.
11	11. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones u objeciones que establezcan las entidades aseguradoras.	Brindo el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones que establecen las entidades aseguradoras.
12	12. Portar el uniforme de manera adecuada y decorosa	Utilizo el uniforme de manera adecuada
13	13. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales	Utilizo el carnet de la institucion de la SUBRED durante la ejecución de mis actividades.
14	14. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato	Cumplo con mi Horario de turnos del servicio, sactifaciendo las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.
15	15. En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.	Si se llegase a presentar algun inconveniente que no me permitiera cumplir con mi jornada laboral, informo con debida anticipacion a mi lider para que se realicen los cambios necesarios.
16	16. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.	Cumplo con el pago de los aportes al sistema de seguridad social, salud, pension y ARL durante la vigencia de mi contrato, adjuntando la planilla de pago.
17		
18		

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Angie Firavitoba
Firma del Contratista

C.C. 1.026.270.634 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PAULA ESTEFANIA CAICEDO
CARGO:	QUIMICO FARMACEUTICO
FIRMA	

Paula Estefania Caicedo Rodriguez
Quimica Farmaceutica UN
TP 1016056069

Rosa M. Rodríguez

186 horas
DK -
ARL

Paula Est

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

Señor(a): ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
No. Identificación: CC1026270634
Dirección: CALLE 1 F 2 A 25
Telefono: 3921057
Correo: anjho_0708@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329621212

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
Tipo y número de identificación	CC1026270634
Número de planilla	8329621212
Fecha pago	2018-08-22
Número de autorización pago	29621212
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2018
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	244300
Total Intereses de Mora	2500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19300	1
230301	Porvenir	126300	1
EPS008	Compensar EPS	98700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1026270634
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON

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	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Este documento está clasificado como PRIVADO

SEGUROS
BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909403, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1026270634	ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON	LA VICTORIA-ASISTENCIAL	3	2.436%	19/06/2018		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 28 de Agosto del año 2018.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

JUNIO

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**		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	**CÓDIGO:AP-GJ-CN-FT-008**
	PROCESO	GESTIÓN JURÍDICA	
	SUBPROCESO	GESTIÓN CONTRACTUAL	**VERSIÓN:02**
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO	**FECHA: 2016-10-31**

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4106-2018 **C.D.P. No.:** 283827 **Proceso al que pertenece:** ACCIONES INTRAMURALES **Unidad a la que pertenece:** ALTAMIRA

Nombre del Contratista: ANGIE KATHERIN FIRAVITOVA CALDERON **C.C.** 1.026.270.634 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-05-16 **Fecha Terminación incial:** 30//09/2018 **Valor Mensual:** $ 1.575.420 **Valor a cobrar:** $ 1.575.420

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$2.818.816	2283	2018-06-17	2018-08-13
2	$ 1.338.260	2810	2018-08-14	2018-09-13
3	$ 1.516.130	2810	2018-09-14	2018-10-13
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.575.420	$ 241.500	8328242132
2	JULIO	$ 1.575.420	$ 242.300	8328734237
3	AGOSTO	$ 1.575.420	$ 244.300	8329621212
4	SEPTIEMBRE	$ 1.575.420	$ 244.300	1015162250
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.489.100	$ 10.162.306	$ 6.301.680	$ 3.860.626

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVCIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Apoyar las actividades del servicio farmaceutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente.	Apoyar las actividades del servicio farmaceutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente
2	Revisar y controlar la vigenciaa de los medicamentos e inventariois asignados de acuerso con los lineamientos establecidos	Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos
3	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando lopuntos de control
4	Apoyar las actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales	Apoyar actividades de le proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales
5	Cumplir con las normas de Bioseguridad	Cumplir con las normas de Bioseguridad
6	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
7	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacionalu gestión ambiental	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacionalu gestión ambiental
8	Orientar al personal asistencial y administrativo de la entidad, sobre actividades para la avtivación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de salud, la realizacion de formatos de contingencia que se presenten y demas en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades en donde se solicite	Orientar al personal asistencial y administrativo de la entidad, sobre actividades para la avtivación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de salud, la realizacion de formatos de contingencia que se presenten y demas en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades en donde se solicite
9	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne
10	Realizar envio de documentos relacionados con el proceso al Área de autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.	Realizar envio de documentos relacionados con el proceso al Área de autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.

Observaciones:

186 ft

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Angie Firavitoba.

ANGIE KATHERIN FIRAVITOBA CALDERON
Firma del Contratista

C.C.	1.026.270.634	de	BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	INGRID PAOLA BARRERA
CARGO:	REFERENTE FARMACEUTICO
FIRMA	

Rosa M. Barrera
R.F

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

Señor(a): ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
No. Identificación: CC1026270634
Dirección: CALLE 1 F 2 A 25
Telefono: 3921057
Correo: angieyjairo0708@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329621212

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
Tipo y número de identificación	CC1026270634
Número de planilla	8329621212
Fecha pago	2018-08-22
Número de autorización pago	29621212
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2018
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	244300
Total Intereses de Mora	2500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19300	1
230301	Porvenir	126300	1
EPS008	Compensar EPS	98700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1026270634
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON

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	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

4106

JUNIO

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**	
MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	**CÓDIGO:AP-GJ-CN-FT-008**
PROCESO	GESTIÓN JURÍDICA	
SUBPROCESO	GESTIÓN CONTRACTUAL	**VERSIÓN:02**
TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO	**FECHA: 2016-10-31**

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4106-2018 **C.D.P. No.:** 283827 **Proceso al que pertenece:** ACCIONES INTRAMURALES **Unidad a la que pertenece:** ALTAMIRA

Nombre del Contratista: ANGIE KATHERIN FIRAVITOVA CALDERON **C.C.** 1.026.270.634 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-05-16 **Fecha Terminación incial:** 31/10/2018 **Valor Mensual:** $ 1.575.420 **Valor a cobrar:** $ 1.575.420

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$2.784.936	2283	2018-06-17	2018-08-13
2	$ 1.338.260	2810	2018-08-14	2018-09-13
3	$ 1.516.130	3069	2018-09-14	2018-10-13
4	$ 1.583.890	3248	2018-10-14	2018-11-13
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.575.420	$ 241.500	8328242132
2	JULIO	$ 1.575.420	$ 242.300	8328734237
3	AGOSTO	$ 1.575.420	$ 244.300	8329621212
4	SEPTIEMBRE	$ 1.575.420	$ 244.300	8329621212
5	OCTUBRE	$ 1.575.420	$ 244.300	8330514911
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

186 H

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 4.489.100	$ 11.712.316	$ 7.877.100	$ 3.835.216

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVCIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Apoyar las actividades del servicio farmaceutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente.	Apoyar las actividades del servicio farmaceutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente
2	Revisar y controlar la vigenciaa de los medicamentos e inventarioís asignados de acuerso con los lineamientos establecidos	Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos
3	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando lopuntos de control
4	Apoyar las actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales	Apoyar actividades de le proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales
5	Cumplir con las normas de Bioseguridad	Cumplir con las normas de Bioseguridad
6	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
7	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacionalu gestión ambiental	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacionalu gestión ambiental
8	Orientar al personal asistencial y administrativo de la entidad, sobre actividades para la avtivación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de salud, la realizacion de formatos de contingencia que se presenten y demas en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades en donde se solicite	Orientar al personal asistencial y administrativo de la entidad, sobre actividades para la avtivación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de salud, la realizacion de formatos de contingencia que se presenten y demas en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades en donde se solicite
9	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne
10	Realizar envio de documentos relacionados con el proceso al Área de autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.	Realizar envio de documentos relacionados con el proceso al Área de autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Angie Firavitoba

ANGIE KATHERIN FIRAVITOBA CALDERON
Firma del Contratista

C.C.	1.026.270.634	de	BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	INGRID PAOLA BARRERA
CARGO:	REFERENTE FARMACEUTICO
FIRMA	

V.B
Rosa M. Parra

Señor(a): ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
No. Identificación: CC 1026270634
Dirección: CALLE 1 F 2 A 25
Teléfono: 3921057 **Fax:** 0000000
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330514911

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	Angie Katherine Firavitoba Caldero
Tipo y Número de Identificación	CC 1026270634
Número Planilla	8330514911
Fecha de Pago	10/16/2018
Número de Autorización de Pago	30514911
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2018
Periodo Cotización Caja	Septiembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$243.400
Total interes Mora	$1.600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.300	1
230301	Porvenir	$125.800	1
EPS008	Compensar EPS	$98.300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1026270634
APELLIDOS Y NOMBRES FIRAVITOBA CALDERON ANGIE KATHERINE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

JUNIO

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	CÓDIGO:AP-GJ-CN-FT-008
PROCESO	GESTIÓN JURÍDICA	
SUBPROCESO	GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN:02
TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO	FECHA: 2016-10-31

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4106-2018	**C.D.P. No.:**	283827	**Proceso al que pertenece:**	ACCIONES INTRAMURALES
				Unidad a la que pertenece:	ALTAMIRA
Nombre del Contratista:	ANGIE KATHERIN FIRAVITOVA CALDERON	**C.C.**	1.026.270.634	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-05-16	**Fecha Terminación incial:**	30/11/2018	**Valor Mensual:**	$ 1.592.360
Valor a cobrar:	$ 1.592.360				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$2.784.936	2283	2018-06-17	2018-08-13
2	$ 1.338.260	2810	2018-08-14	2018-09-13
3	$ 1.516.130	3069	2018-09-14	2018-10-13
4	$ 1.583.890	3248	2018-10-14	2018-11-13
5	$ 1.389.080	3746	2018-11-14	2018-12-16
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.575.420	$ 241.500	8328242132
2	JULIO	$ 1.575.420	$ 242.300	8328734237
3	AGOSTO	$ 1.575.420	$ 244.300	8329621212
4	SEPTIEMBRE	$ 1.575.420	$ 244.300	8329621212
5	OCTUBRE	$ 1.575.420	$ 244.300	8330514911
6	NOVIEMBRE	$ 1.592.360	$ 241.800	8331236648
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.489.100	$ 13.101.396	$ 9.469.460	$ 3.631.936

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVCIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÒN DE TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÒN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Apoyar las actividades del servicio farmaceutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente	Apoyar las actividades del servicio farmaceutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente
2	Revisar y controlar la vigenciaa de los medicamentos e inventariois asignados de acuerso con los lineamientos establecidos	Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos
3	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando lopuntos de control
4	Apoyar las actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales	Apoyar actividades de le proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales
5	Cumplir con las normas de Bioseguridad	Cumplir con las normas de Bioseguridad
6	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
7	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacionalu gestión ambiental	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacionalu gestión ambiental
8	para la avtivación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de salud, la realizacion de formatos de contingencia que se presenten y demas en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las	Orientar al personal asistencial y administrativo de la entidad, sobre actividades para la avtivación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de salud, la realizacion de formatos de contingencia que se presenten y demas en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades en donde se solicite
9	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne
10	Realizar envio de documentos relacionados con el proceso al Área de autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente	Realizar envio de documentos relacionados con el proceso al Área de autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.

Observaciones:

Angie Firavitoba

ANGIE KATHERIN FIRAVITOBA CALDERON
Firma del Contratista

En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de

C.C.	1.026.270.634	de	BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	INGRID PAOLA BARRERA
CARGO:	REFERENTE FARMACEUTICO
FIRMA	

R.U
ROSA RACHEL
R.F

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

Señor(a): ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
No. Identificación: CC1026270634
Dirección: CALLE 1 F 2 A 25
Telefono: 3921057
Correo: angieyjairo0708@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8331236648

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
Tipo y número de identificación	CC1026270634
Número de planilla	8331236648
Fecha pago	2018-12-03
Número de autorización pago	1000000254
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	246300
Total Intereses de Mora	4500

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19500	1
230301	Porvenir	127300	1
EPS008	Compensar EPS	99500	1

8331236648

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1026270634
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON

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	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 17:52:51 anglefiravitoba

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Id de página:: 23000629 Ayuda

Volver | **Últimas modificaciones** | **Todos** | Seleccione

Buscar contrato

Buscar | (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
283827	PS 4106 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	5/23/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	9 días para terminar *(12/13/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	Angie Katherine Firavitoba Calderon	10,418,100 COP	Firmado	Detalle
253927	PS 2820 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	3/1/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5/13/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	Angie Katherine Firavitoba Calderon	4,489,100 COP	Firmado	Detalle

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

JUNIO

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	CÓDIGO:AP-GJ-CN-FT-008
PROCESO	GESTIÓN JURÍDICA	
SUBPROCESO	GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN:02
TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO	FECHA: 2016-10-31

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4106-2018	C.D.P. No.:	283827	Proceso al que pertenece:	ACCIONES INTRAMURALES
				Unidad a la que pertenece:	ALTAMIRA

Nombre del Contratista:	ANGIE KATHERIN FIRAITOBA CALDERON	C.C.	1.026.270.634	de:	BOGOTA

Fecha Inicio:	2018-05-16	Fecha Terminación inicial:	31/12/2018	Valor Mensual:	$ 1.422.960
Valor a cobrar:	$ 1.422.960				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$2.784.936	2283	2018-06-17	2018-08-13
2	$ 1.338.260	2810	2018-08-14	2018-09-13
3	$ 1.516.130	3069	2018-09-14	2018-10-13
4	$ 1.583.890	3248	2018-10-14	2018-11-13
5	$ 1.389.080	3746	2018-11-14	2018-12-16
6	$ 1.643.180	3989	2018-12-17	2019-01-16
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.575.420	$ 241.500	8328242132
2	JULIO	$ 1.575.420	$ 242.300	8328734237
3	AGOSTO	$ 1.575.420	$ 244.300	8329621212
4	SEPTIEMBRE	$ 1.575.420	$ 244.300	8329621212
5	OCTUBRE	$ 1.575.420	$ 244.300	8330514911
6	NOVIEMBRE	$ 1.596.595	$ 244.100	8331236648
7	DICIEMBRE	$ 1.422.960	$ 241.800	8331907140
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 4.489.100	$ 14.744.576	$ 10.896.655	$ 3.847.921

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVCIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÒN DE TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÒN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-12-01 Hasta: 2018-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Apoyar las actividades del servicio farmaceutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente.	Apoyar las actividades del servicio farmaceutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente
2	Revisar y controlar la vigenciaa de los medicamentos e inventarioís asignados de acuerso con los lineamientos establecidos	Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos
3	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando lopuntos de control
4	Apoyar las actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales	Apoyar actividades de le proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales
5	Cumplir con las normas de Bioseguridad	Cumplir con las normas de Bioseguridad
6	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
7	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacionalu gestión ambiental	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacionalu gestión ambiental
8	Orientar al personal asistencial y administrativo de la entidad, sobre actividades para la avtivación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de salud, la realizacion de formatos de contingencia que se presenten y demas en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades en donde se solicite	Orientar al personal asistencial y administrativo de la entidad, sobre actividades para la avtivación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de salud, la realizacion de formatos de contingencia que se presenten y demas en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades en donde se solicite
9	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne
10	Realizar envio de documentos relacionados con el proceso al Área de autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.	Realizar envio de documentos relacionados con el proceso al Área de autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Angie Firaitoba
ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
Firma del Contratista

C.C.	1.026.270.634	de	BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	INGRID PAOLA BARRERA
CARGO:	REFERENTE FARMACEUTICO
FIRMA	

168 H.

R.U
Paola M. Barrera.

Señor(a): ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
No. Identificación: CC 1026270634
Dirección: CALLE 1 F 2 A 25
Teléfono: 3921057 **Fax:** 0000000
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331907140

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	Angie Katherine Firavitoba Caldero
Tipo y Número de Identificación	CC 1026270634
Número Planilla	8331907140
Fecha de Pago	12/17/2018
Número de Autorización de Pago	31907140
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Noviembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Noviembre 2018
Periodo Cotización Caja	Noviembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$243.200
Total Interes Mora	$1.400

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.200	1
230301	Porvenir	$125.700	1
EPS008	Compensar EPS	$98.300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1026270634
APELLIDOS Y NOMBRES FIRAVITOBA CALDERON ANGIE KATHERINE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
283827	PS 4106 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	5/23/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	4 días de tiempo transcurrido *(12/13/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	Angie Katherine Firavitoba Calderon	10,418,100 COP	Modificación aceptada enviada	Detalle
253927	PS 2820 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	3/1/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	5/13/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	Angie Katherine Firavitoba Calderon	4,489,100 COP	Firmado	Detalle

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

JUNIO

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	CÓDIGO:AP-GJ-CN-FT-008
MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	VERSIÓN:02
PROCESO	GESTIÓN JURÍDICA	
SUBPROCESO	GESTIÓN CONTRACTUAL	FECHA: 2016-10-31
TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4106-2018 **C.D.P. No.:** 283827 **Proceso al que pertenece:** ACCIONES INTRAMURALES **Unidad a la que pertenece:** ALTAMIRA

Nombre del Contratista: ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON **C.C.** 1.026.270.634 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-03-01 **Fecha Terminación incial:** 31/1/2019 **Valor Mensual:** $ 1.524.600 **Valor a cobrar:** $ 1.524.600

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$2.784.936	2283	2018-06-17	2018-08-13
2	$ 1.338.260	2810	2018-08-14	2018-09-13
3	$ 1.516.130	3069	2018-09-14	2018-10-13
4	$ 1.583.890	3248	2018-10-14	2018-11-13
5	$ 1.389.080	3746	2018-11-14	2018-12-16
6	$ 1.643.180	3989	2018-12-17	2019-01-16
7	$ 762.300	~~3989~~ 6B	2019-01-16	2019-01-31
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.575.420	$ 241.500	8328242132
2	JULIO	$ 1.575.420	$ 242.300	8328734237
3	AGOSTO	$ 1.575.420	$ 244.300	8329621212
4	SEPTIEMBRE	$ 1.575.420	$ 244.300	8329621212
5	OCTUBRE	$ 1.575.420	$ 244.300	8330514911
6	NOVIEMBRE	$ 1.596.595	$ 244.100	8331236648
7	DICIEMBRE	$ 1.422.960	$ 241.800	8331907140
8	ENERO	$ 1.524.600	$ 241.800	8332599975
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.489.100	$ 15.506.876	$ 12.421.255	$ 3.085.621

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVCIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÒN DE TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÒN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-01-01 **Hasta:** 2019-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Apoyar las actividades del servicio farmaceutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente	Apoyar las actividades del servicio farmaceutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente
2	Revisar y controlar la vigenciaa de los medicamentos e inventarioís asignados de acuerso con los lineamientos establecidos	Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos
3	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando lopuntos de control
4	Apoyar las actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales	Apoyar actividades de le proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales
5	Cumplir con las normas de Bioseguridad	Cumplir con las normas de Bioseguridad
6	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
7	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacionalu gestión ambiental	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacionalu gestión ambiental
8	Orientar al personal asistencial y administrativo de la entidad, sobre actividades para la avtivación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de salud, la realizacion de formatos de contingencia que se presenten y demas en un ambiente de	Orientar al personal asistencial y administrativo de la entidad, sobre actividades para la avtivación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de salud, la realizacion de formatos de contingencia que se presenten y demas en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades en donde se solicite
9	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne
10	Realizar envio de documentos relacionados con el proceso al Área de autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro	Realizar envio de documentos relacionados con el proceso al Área de autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Angie Firavitoba
ANGIE KATHERINE FIRAVITOBA CALDERON
Firma del Contratista

C.C. 1.026.270.634 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	INGRID PAOLA BARRERA
CARGO:	REFERENTE FARMACEUTICO
FIRMA	

Bogotá M.26
Bogotá