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 1284 2019	**C.D.P. No.:**	109	**Proceso al que pertenece:**	MISIONAL - APOYO DIAGNOSTIGO Y TERAPEUTICO
				Unidad a la que pertenece:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - SERVICIO FARMACEUTICO

Nombre del Contratista: KARLA BEATRIZ PARRA POLANIA **C.C.** 1.013.661.647 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $1.835.190 **Valor a cobrar:** $1.835.190

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$1.880.340	1679	2019-07-02	2019-07-31
2	$4.194.720	1754	2019-08-01	2019-09-30
3	$1.940.058	2305	2019-10-01	2019-11-30
4	$ 1.782.756	2778	2019-12-01	2019-12-31
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$1.422.960	$256.300	8333125322
2	MARZO	$1.829.520	$256.300	8333619933
3	ABRIL	$1.829.520	$256.300	8334263189
4	MAYO	$1.575.420	$256.300	8334909822
5	JUNIO	$1.931.160	$256.300	8335500962
6	JULIO	$2.134.440	$264.600	8336109670-8336206181
7	AGOSTO	$2.044.926	$256.300	8336730536
8	SEPTIEMBRE	$2.044.926	$256.300	8337346453
9	OCTUBRE	$1.730.322	$256.300	8338016107
10	NOVIEMBRE	$ 1.835.190	$ 256.300	8338575172
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$8.842.680	$ 18.640.554	$ 18.378.384	$ 262.170

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 COMPLEMENTARIOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-11-01 **Hasta:** 2019-11-30

	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 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 alfabetico.
2	Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos	**Selectivas:** No de selectivas realizadas (90) **Próximos a vencer:** Se imforma a los medicos para que los soliciten, a los regentes y quimica para la rotación con los otros puntos **Control de temperatura:** No. de registros realizados (25) **Solicitudes:** No de items informados al regente para hacer pedido (92) **Recepciones técnicas:** Cantidad de registros realizados (86)
3	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	**Suministros:** cantidad de suministros registrados en DGH (1280) **Pendientes:** cantidad de registros en RUVEM **Traslados: cantidad de traslados registrados en DGH** (130)
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 (25) **Equipos:** Registros de limpieza de nevera realizados (2)
5	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Hacer el llamado telefonico a los usuarios con medicamentos pendientes; para hacer la respectiva entrega cuando este disponible dicho medicamento en el stock de la farmacia: NA Cantidad de quejas recibidas y gestionadas: (0) Cantidad de felicitaciones recibidas:(0)
6	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Se realiza el lavado de manos dos o tres veces por turno. Se clasifican los residuos adecuadamente.
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.	Cantidad de errores de prescripción registrados: Cantidad de suministros ambulatorios realizados 31 : (Capital Salud:20 , FFDS: 9 , Unicajas: otros:2. Verificacion de derechos en base de datos de capacitacion y control de seguimiento usuarios 20
8	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne.	MIPRES: Cantidad de resgistros MIPRES o NOPBS realizados:(51)
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.	Cantidad de Suminsitros efectivos realizados en el aplicativo de MIPRES del Ministerio de Salud: (12)
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.	Entrega de conteos realizados a Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado:25 Entrega de conteos realizados a Medicamentos de Alto Costo:25 Reportes de mesa de ayuda notificados:0 Manejo del archivo y gestión documental
11	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones u objeciones que establezcan las entidades aseguradoras.	No se presentaron devoluciones de facturas o glosas por fallas en la dispensación de medicamentos.
12	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	Cumplir con la programación de actividades establecida: cantidad de horas establecidad:174/cantidad de horas programadas 174
13	En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.	No se presentaron cambios de turnos, incapacidades o no se asistió al turno.

Observaciones: Horas laboradas 174 correspondientes al mes de noviembre, dos turnos adicionales de 6 horas los dias 5-18 de noviembre por compensatorio del auxiliar Cesar Arias,dos turnos adicionales de 6 horas los dias 1-8 de noviembre y un turno adicional de 12 horas el dia 3 de noviembre por la auxiliar enith ballen, para un total de 210 horas

Karla Parra
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. 1.013.661.647 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	EDUARDO MAURICIO CUBEROS MORALES
CARGO:	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
FIRMA	

Lucha

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

Señor(a): KARLA BEATRIZ PARRA POLANIA
No. Identificación: CC1013661647
Dirección: CRA24 # 44-10 SUR
Telefono: 3209429801
Correo: tita9526@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8338575172

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARLA BEATRIZ PARRA POLANIA
Tipo y número de identificación	CC1013661647
Número de planilla	8338575172
Fecha pago	2019-11-15
Número de autorización pago	1000000087
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	256600
Total Intereses de Mora	300

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	20300	1
231001	Colfondos	132600	1
EPS002	Salud Total EPS	103700	1

8338575172

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013661647
APELLIDOS Y NOMBRES: KARLA BEATRIZ PARRA POLANIA

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
EPS002	231001	828116	828116	828116	0	103600	0	132500	0	20200	0

PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información