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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS1495 2019	**C.D.P. No.:**	163	**Proceso al que pertenece:**	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS-SERVICIOS FARMACEUTICOS
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD FUNCIONAL SANTILLANA SUBRED CENTRO ORIENTE
Nombre del Contratista:	INGRID LORENA CARREÑO QUINTERO			**C.C.**	1.023.952.680 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	1/02/2019	**Fecha Terminación incial:**	31/07/2019	**Valor Mensual:**	$ 1.625.454 **Valor a cobrar:** $ 1.625.454

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 355.740	1679		
2	$ 1.835.190	1754	1/08/2019	30/09/2019
3	$ 3.146.040	2305	1/09/2019	30/11/2019
4	$ 1.468.152	2778		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 256.300	23226888812
2	MARZO	$ 1.575.420	$ 256.300	23229983413
3	ABRIL	$ 1.524.600	$ 256.300	23229654113
4	MAYO	$ 1.575.420	$ 256.300	23230[illegible]
5	JUNIO	$ 1.524.600	$ 256.300	23231[illegible]
6	JULIO	$ 1.575.420	$ 256.300	23233[illegible]
7	AGOSTO	$ 1.625.454	$ 256.300	23238[illegible]
8	SEPTIEMBRE	$ 1.573.020	$ 256.300	23240[illegible]
9	OCTUBRE	$ 1.625.454	$ 256.300	23242[illegible]
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.842.680	$ 15.647.802	$ 14.022.348	$ 1.625.454

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 EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, CONFORME A LOS PROCESOS 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:** 1/10/2019 **Hasta:** 31/10/2019

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
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 distribucion 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. 7 **Próximos a vencer:** reporte y gestión realizada 0 **Control de temperatura:** No. 7 **Solicitudes:**25 **Recepciones técnicas:** 25
3	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	**Suministros:** 7573 **Pendientes:** 2 **Traslados:** cantidad de traslados registrados en DGH: 40
4	Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales	**Áreas:** 30 **Equipos:** 3
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: 1 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.	Higiene de manos: 3 VECES POR DÍA Clasificación de residuos: todos los dias
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:3 Cantidad de facturas realizadas (ambulatoria): No aplica Verificacion de derechos en bases de datos de capitacion y control de seguimientos a XXX usuarios: No aplica
8	Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne	MIPRES: 10
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 Suministros efectivos realizados en el aplicativo de MIPRES del Ministerio de Salud: 1
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: 10 Entrega de conteos realizados a Medicamentos de Alto Costo 10 Reportes de mesa de ayuda notificados 2 Manejo del archivo y gestión documental: Todos los dias se folea 200 formulas
11	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones u objeciones que establezcan las entidades aseguradoras.	En el caso de devoluciones de facturas o glosas por fallas en la dispensacion de medicamentos responder por las mismas cuando sean rematidas
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	Cumplir con la programación de actividades establecida: cantidad de horas establecidad: 186; cantidad de horas 186 programadas
15	En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.	Informar si se presentaron cambios de turnos, incapacidades o no se asistió al turno: 3 CAMBIO DE TURNO

Observaciones:
186

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

lorena Quintero
Firma del Contratista

C.C. 1.023.952.680 **de** BOGOTA

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

OK.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023952680	
SOCIAL:		LORENA CARREÑO	
	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	
	TRASV13F BIS A F # 47C 78 SUR TELÉFONO:	5555555	
	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.	
	ÚNICO		
ITACIÓN:		NO	
ERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**2324269477**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES septiembre AÑO	2019
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/10/22 NÚMERO AUTORIZACIÓN:			999712669

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14 COLPENSIONES		1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 132.500	$ 400	$ 132.900
										$ 132.500	$ 400	$ 132.900

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008-COMPENSAR		1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 400	$ 0	$ 103.600	$ 400	$ 0	$ 104.000
													$ 103.600	$ 400	$ 0	$ 104.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.		1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 20.200	$ 20.200	$ 100	$ 0	$ 20.300
									$ 20.200	$ 100	$ 0	$ 20.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																							PENSIÓN									SALUD						ARP										CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
IBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	INO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VCP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
EO TERO D NA	ADEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 828.116			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500	EPS008-COMPENSAR	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 828.116	1023952680	$ 20.200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 257.200

Planilla Pagada