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 1564 2019	**C.D.P. No.:**	163	**Proceso al que pertenece:**	MISIONAL - APOYO DIAGNOSTIGO Y TERAPEUTICO
				Unidad a la que pertenece:	ALTAMIRA

Nombre del Contratista: YOANA CORTES RODRIGUEZ **C.C.** 52.279.805 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación Inicial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 1.573.020 **Valor a cobrar:** $ 1.573.020

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 220.220	1679		
2	$ 3.250.908	1754	2019-08-01	2019-09-30
3	$ 1.765.278	692	2019-10-01	2019-11-30
4	$ 1.520.586	2779		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDA	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 256.300	8332535556
2	MARZO	$ 1.435.600	$ 256.300	8333111324
3	ABRIL	$ 1.560.600	$ 256.300	8333730240
4	MAYO	$ 1.575.420	$ 256.300	8334343865
5	JUNIO	$ 1.524.600	$ 256.300	8335006919
6	JULIO	$ 1.575.420	$ 256.300	8335582606
7	AGOSTO	$ 1.712.844	$ 256.300	8336243954
8	SEPTIEMBRE	$ 1.573.020	$ 256.300	8336873883
9	OCTUBRE	$ 1.625.454	$ 256.300	8337516277
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.842.680	$ 15,599,672	$ 14.005.318	$ 1.594.354

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:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las copiadas 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: **4** Próximos a vencer: **N° 3** Control de temperatura: **30 registros** Solicitudes: **0** Recepciones técnicas: **0**
3	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	**Suministros:** cantidad de suministros registrados en DGH **Pendientes:** cantidad de registros en RUVEM **0** **Traslados: 9**
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 20 **Equipos:** Registros de limpieza de nevera realizados. 4
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: **0** 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 **SI** Clasificación de residuos **SI**
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 facturas realizadas (ambulatoria): Total facturas realizadas **1115**(Capital Salud: **1094**:, FFDS: **14**, Eventos: **0**, Particular: **0**, Unicajas: **7.** Verificacion de derechos en bases de datos de capitacion y control de seguimientos a:1115 usuarios.
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:
9	Realizar el envio 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: **0**
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: **SI** Entrega de conteos realizados a Medicamentos de Alto Costo: **NO** Reportes de mesa de ayuda notificados: **0** Manejo del archivo y gestión documental: **0**
11	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones u objeciones que establezcan las entidades aseguradoras.	
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/ cantidad de horas programadas: **180 HORAS**
15	En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.	

Observaciones: HORAS REALIZADAS 180

Yoana Cortes.

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. 52.279.805 **de** BOGOTA

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

W.B.

K.P
OK

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

Señor(a): YOANA CORTES RODRIGUEZ
No. Identificación: CC52279805
Dirección: CALLE 58 SUR N 15B 34 ESTE
Telefono: 37840162
Correo: yoana.cortes.22@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8337516277

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YOANA CORTES RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC52279805
Número de planilla	8337516277
Fecha pago	2019-10-09
Número de autorización pago	1000000989
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	257800
Total Intereses de Mora	1500

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	20400	1
231001	Colfondos	133200	1
EPS008	Compensar EPS	104200	1

8337516277

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52279805
APELLIDOS Y NOMBRES: YOANA CORTES RODRIGUEZ

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	231001	828116	828116	828116	0	103600	0	132500	0	20200	0

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