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:	PS15872019	**C.D.P. No.:**	163	**Proceso al que pertenece:**	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS -SERVICIO FARMACEUTICO.
				Unidad a la que pertenece:	UMHES- SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ROSALBA MUÑOZ BERNAL **C.C.** 51.727.004 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2019-09-02 **Fecha Terminación Inicial:** 2019-11-01 **Valor Mensual:** $ 1.573.020 **Valor a cobrar:** $ 1.573.020

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 254.100	1679	01/02/2019	31/07/2019
2	$ 3.198.474	1754	01/08/2019	30/09/2019
3	$ 1.782.756	2305	2019-10-01	2019-11-30
4	$ 1.520.586	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	NÚMERO DE PLANILLA
1				
2	FEBRERO	$1.422.960	$ 256.300	8489157778
3	MARZO	$1.524.600	$ 256.300	8490292559
4	ABRIL	$1.473.780	$ 371.300	8490317209
5	MAYO	$1.575.600	$ 371.300	8490317209
6	JUNIO	$1.524.600	$ 375.800	8425618509
7	JULIO	$ 1.575.420	$ 371.400	8493555744
8	AGOSTO	$ 1.677.888	$ 371.400	8494734114
9	SEPTIEMBRE	$ 1.573.020	$ 371.400	8495877011
10	OCTUBRE	$ 1.625.454	$ 371.400	8497002653
11	NOVIEMBRE	$ 1.573.020	$ 371.400	8498141752
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.842.680	$ 15.598.596	$ 15.546.342	$ 52.254

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, 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:** 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. Si
2	Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos	**Selectivas:** No. de selectivas realizadas **69** **Próximos a vencer:** reporte y gestión realiazada si **Control de temperatura:** No. de registros realizados 10 **Solicitudes:** No de items informados al regente para hacer pedido 5 **Recepciones técnicas:** Cantidad de registros realizados
3	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	**Suministros:** cantidad de suministros registrados en DGH **573** **Pendientes:** cantidad de registros en RUVEM 6 **Traslados:** cantidad de traslados registrados en DGH 34
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 0 **Equipos:** Registros de limpieza de nevera realizados.**0**
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 jefes de los servicos; para hacer la respectiva entrega cuando este disponible dicho medicamento en el stock de la farmacia: si, de igual manera cuando se recibe unidosis y nutriciones parenterales.si
6	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Higiene de manos Al ingresar y salir tanto de la farmacia como de los servicios.si Clasificación de residuos en las canecas correspondientes: 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 8
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 **17**
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 **0** solo realizo el token cuando la regente lo solicita
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: 6 Entrega de conteos realizados a Medicamentos de Alto Costo: 1 Reportes de mesa de ayuda notificados: **7** 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.
15	En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.	informar con anticipacion a la QF correspondiente y cubrir el turno con otro auxiliar. Si

Observaciones: HORAS REALIZADAS 180

Falto registro de RUVEM y de Errores de prescripción

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

Firma del Contratista

C.C. 51.727.004 **de** BOGOTÁ

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

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51727004		MUÑOZ BERNAL ROSALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 5 ESTE 31C 52 SUR BRRCOLUMNAS	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3640582	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-10	20534246	8498141752	I	2019/11/05	2019/11/20	BANCO DE OCCIDENTE	15	$375,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC 51727004	MUÑOZ ROSALBA	25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS037	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,200,000	$29,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51727004		MUÑOZ BERNAL ROSALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 5 ESTE 31C 52 SUR BRRCOLUMNAS	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3640582	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-10	20534246	8498141752	I	2019/11/05	2019/11/20	BANCO DE OCCIDENTE	15	$375,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$2,100	$0	$194,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$2,100	$0	$194,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$400	$0	$29,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$29,300	$400	$0	$29,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$1,700	$0	$151,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$150,000	$1,700	$0	$151,700
TOTAL				1	$371,300	$4,200	$0	$375,500

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA