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:	PS15802019	**C.D.P. No.:**	163	**Proceso al que pertenece:**	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS -SERVICIO FARMACEUTICO.
				Unidad a la que pertenece:	UMHES- SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DORIS MARLENE OTALVARO JARAMILLO **C.C.** 52.189.146 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2019-09-02 **Fecha Terminación incial:** 2019-11-01 **Valor Mensual:** $ 1.625.454 **Valor a cobrar:** $ 1.625.454

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 457.380	1679	01/01/2019	31/07/2019
2	$ 4.194.720	1754	01/08/2019	30/09/2019
3	$ 1.677.888	2305	2019-10-01	2019-11-30
4	$ 1.730.322	3172	2019-12-01	2019-12-31
5	$ 1.573.020	3578	2020-01-01	2020-01-31
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	4262647256
2	MARZO	$1.677.060	$ 263.400	4267472586
3	ABRIL	$1.524.600	$ 264.200	4272106415
4	MAYO	$1.626.240	$ 256.300	4276772258
5	JUNIO	$1.524.600	$ 256.300	4280878656
6	JULIO	$ 1.524.600	$ 256.300	4285782691
7	AGOSTO	$ 1.782.756	$ 256.300	4290421387
8	SEPTIEMBRE	$ 1.573.020	$ 256.300	4295480020
9	OCTUBRE	$ 1.573.020	$ 256.300	4302373051
10	NOVIEMBRE	$ 1.573.020	$ 256.300	4307563159
11	DICIEMBRE	$1.677.888	$ 256.300	4314407308
12	ENERO	$ 1.625.454	$ 256.300	4315209321

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.842.680	$ 19.157.652	$ 19.157.652	$ 0

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:** 2020-01-01 **Hasta:** 2020-01-31

	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 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**68** **Próximos a vencer:** reporte y gestión realiazada **2** **Control de temperatura:** No. de registros realizados **15** **Solicitudes:** No de items informados al regente para hacer pedido **0** **Recepciones técnicas:** Cantidad de registros realizados:se le realiza a los diferentes traslados que llegan
3	Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control	**Suministros:** cantidad de suministros registrados en DGH **1760** **Pendientes:** cantidad de registros en RUVEM 0 **Traslados:** cantidad de traslados registrados en DGH **168**
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**2** **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
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 **0**
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:**11**
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**15**
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:12 Entrega de conteos realizados a Medicamentos de Alto Costo 6 Reportes de mesa de ayuda notificados: **0** Manejo del archivo y gestión documental: SI
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. SI
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 186
Reporte por seguridad del paciente por falta de oportunidad en entrega de medicamentos. No tiene revisión de selectivas por entrega tarde 83

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. 52.189.146 **de** BOGOTÁ

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52189146
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			DORIS MARLENE OTALVARO JARAMILLO
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CALLE 1 SUR 10 A 40	TELÉFONO	2896227
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	4315209321	TIPO DE PLANILLA					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	diciembre	AÑO	2019
DIAS DE MORA	10						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2020/01/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9998683848

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 132.500	$ 1.000	$ 133.500
SUBTOTALES:										**$ 132.500**	**$ 1.000**	**$ 133.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 800	$ 0	$ 103.600	$ 800	$ 0	$ 104.400
SUBTOTALES:													**$ 103.600**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 104.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 20.200	$ 20.200	$ 200	$ 0	$ 20.400
SUBTOTALES:									**$ 20.200**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 20.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 5.000	$ 100	$ 5.100
SUBTOTALES:			**$ 5.000**	**$ 100**	**$ 5.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																												PENSIÓN								SALUD						ARP													
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																				CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52189146	OTALVARO JARAMILLO DORIS MARLENE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 828.116			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 828.116	52189146	$ 20.200	30	$ 828.116	CCF24-COMPENSAR	$ 5.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 263.400