ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO

NIT: 899.999.164-9
Calle 3 Nº 3-87/95 Tabio- Cundinamarca
Tel: 8647222

COMPROBANTE DE EGRESO
12870

FECHA : 20/11/2023
PAGADO A : CELY BECERRA ANDREA YORLEDY
C.C/NIT : 1056929546
LA SUMA DE : DOS MILLONES PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE : PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO REGENTE DE FARMACIA DE LA ESE, SEGÚN CONTRATO Nº 233, DURANTE EL 01 AL 31 DE OCTUBRE DE 2023.

DETALLE DEL EGRESO:

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
1195	1448	392	403	2.4.5.02.09.01	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	2,000,000.00
					TOTAL	**2,000,000.00**

DETALLE ORDENES DE PAGO

No. Orden Pago	Detalle	Valor Orden	Saldo
15962	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA ASISTENCIAL COMO REGENTE DE FARMACIA DE LA ESE, DEL 1 AL 31 DE OCTUBRE 2023, FRA. 5., SEGÚN CTO. 233		2,000,000.00
		TOTAL	**2,000,000**

DETALLE DE PAGO

Cuenta	Descripción	Debito	Credito
11100506	BANCOLOMBIA C. 343104923-93	0.00	2,000,000.00
24255301	SERVICIOS	2,000,000.00	0.00

Transferencia Desde BANCOLOMBIA Cuenta No. : 34310492393 Hacia: BANCOLOMBIA Cuenta No. 33544058504

Recibi:

ISABEL ROCIO GARZÓN FORERO
GERENTE

MARIA ELVIRA MORALES MALAVER
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

C.C / NIT

Elaboro	Subgerencia Administrativa
Nubia Liliana Peñuela	Maria Elvira Morales Malaver

Usuario que Digita: lag

Empresa: HOSPITAL NUESTRA SENO **Nit:** 899999164
Usuario: ISABEL ROCIO GARZON FORERO

20 de Noviembre de 2023 4:48:00 PM
Dirección IP: 186.170.27.98

Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el: viernes, 17 de noviembre de 2023 - 4:44 PM

Consulta del Detalle de la Transacción

Encabezado **Detalle** Verificación Confirmación

Bancolombia NIT 890903938-8
HOSPITAL NUESTRA SENO
NIT: 899999164
FECHA: 20/11/2023

Entidad	BANCOLOMBIA
Producto Beneficiario	33544058504
Identificación Beneficiario	1056929546
Nombre del Beneficiario	ANDREA CELY
Tipo de Producto	
Tipo de Transacción	37
Valor	2,000,000.00
Concepto de la Transacción	Cont
Referencia	Cont Oct 01 a 31
Lugar de Pago	S
Estado del Pago:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE

Regresar

12870.

64

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA Para Personas Naturales No Comerciantes o Regimen Simplificado Decreto 522 de 2003, Articulo 3°	NUMERO	FECHA		
		A	M	D
	5	2023-10-31		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA NATURAL (Vendedor) Nombre	CC	NIT	No. DE IDENTIFICACION	DV
ANDREA YORLEDY CELY BECERRA	X	-	1,056,929,546	

Dirección	Teléfono	Ciudad
VEREDA RIO GRANDE SECTOR EL MISTERIO	3233972012	CAJICA

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE Nombre	C.C.	NIT	No. DE IDENTIFICACION	DV
E.S.E NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO		X	899.999.164	9

Dirección	Teléfono	Ciudad
CALLE 3 N 3-87	8647222	TABIO

CONCEPTO	*VALOR*
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA ASISTENCIAL COMO REGENTE DE FARMACIA DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO CUNDINAMARCA.	2,000,000

DURANTE EL PERIODO DEL:	1 AL 31 DE OCTUBRE DE 2023		
CONTRATO:	233	CDP:	403-633

FIRMA VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIO

Andrea Yorledy Cely B.
1056929546
ANDREA YORLEDY CELY BECERRA
CEDULA: 1,056,929,546
TOCA BOYACA

TOTAL	2,000,000
NETO A PAGAR	2,000,000

NB PPTO

Neto 2.000.000
Dto: 15962
VBO: SMF.

	GF- Gestión Financiera * C-Contabilidad	CÓDIGO	GF.C-F-001
	INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES	VERSIÓN	01
		CREACIÓN	2020-02-20
		REVISIÓN	2020-02-20

DATOS DEL INFORME					
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES				Numero:	5
2.Fecha de Presentación	31/10/2023	3. Período del informe:	DEL 01 AL 31 DE OCTUBRE 2023		
4. Nombre del Contratista:	Andrea Yorledy Cely Becerra	5. Nombre Interventor o Supervisor:	SUBGERENTE CIENTÍFICA		
6.Valor del Contrato:	10.000.000	7.Valor de Adición:	2.800.000		
8.DATOSDELCONTRATO					
8.Contrato No.	233	9.CDP	403-633	10.PLAZO	4 MESES Y 25 DIAS
11.PRORROGA	1 mes y 12 días				
12.OBJETO	Prestación de servicios de apoyo a la gestión en los procesos y procedimientos del área asistencial como regente de farmacia de la e.s.e hospital nuestra señora del Carmen de Tabio Cundinamarca.				

C.EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
13.Obligaciones Contractuales	14. Actividades realizadas y/o productos entregados	15. Soportes
1. Prestar el servicio como regente de farmacia para realizar el control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y costo-efectiva de los medicamentos en beneficio de los pacientes atendidos en el hospital.	-Se realizó dispensación de medicamentos a los usuarios de acuerdo a las fórmulas médicas. -Se dispensan medicamentos al servicio de Urgencias y Hospitalización -Entrega de stock de medicamentos para el servicio de Urgencias - Se descargaron en el sistema los medicamentos dispensados	Sistema de información en el computador y en el CD de Informe de actividades
2. Fortalecer el desarrollo de programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos especialmente en los programas de farmacovigilancia y usos adecuados de medicamentos.	Se hizo el reporte de eventos adversos a medicamentos al INVIMA para farmacovigilancia en línea y a la secretaria de salud de Cundinamarca mes vencido	Sistema de información en el computador y en el CD de Informe de actividades
3. Coordinar el Comité de farmacovigilancia de la Institución de acuerdo con la programación establecida.	-se realiza el último miércoles de cada mes el comité de farmacovigilancia - Se verifico alertas sanitarias en la página del Invima -se realizaron los indicadores de farmacovigilancia	Sistema de información en el computador y en el CD de Informe de actividades
4. Recopilar la documentación requerida para la inscripción en el Fondo Nacional de Estupefacientes y realizar el debido proceso ante esta entidad, para los medicamentos de control	-Se realizó la inscripción ante el Fondo Nacional de Estupefacientes el mes de junio	Radicado de la Inscripción CD
5. Revisar y aprobar los informes mensuales que deben ser enviados al Fondo Nacional de Estupefacientes.	-Se revisaron fórmulas de Medicamentos de Control Especial que estén bien diligenciadas por parte de los médicos. -se realizó compra de medicamentos de control especial -Se ingresan las entradas y salidas de los medicamentos de Control Especial para llevar la contabilidad en el libro al libro y ser dispensadas. -se realizaron inventario de los medicamentos de control en urgencias y en farmacias -Se envía mes vencido al FNE al correo	Sistema de información en el computador y en el CD de Informe de actividades

	fne@minsalud.gov.co	
6. Adecuar manuales de procesos, procedimientos y guías de manejo de medicamentos	-Se adecuaron los procesos de farmacia se enviaron a acreditación para corrección los 12 procedimientos	Sistema de información en el computador y en el CD de Informe de actividades
7. Organizar los medicamentos controlados bajo la normatividad vigente	Se organizaron Los medicamentos de control especial se almacenan bajo llave. Se realizó el informe Mensual de entradas y salidas de medicamentos de control Especial al Fondo Nacional de Estupefacientes.	Sistema de información en el computador y en el CD de Informe de actividades
8. Cumplir con los diligenciamientos de formatos y registros que están establecidos en la Institución.	-Se cumplió con el registró temperatura y humedad de los medicamentos -Eventos adversos a medicamentos.	Sistema de información en el computador y en el CD de Informe de actividades
9. Realizar informes requeridos dentro de los tiempos estipulados solicitados por diferentes entes externos y/o programas de la institución.	-se participó en la semana de seguridad del paciente - se participó en la elección del símbolo y frase representativa del territorio en silencio -participe en el simposio departamental de farmacovigilancia	Sistema de información en el computador y en el CD de Informe de actividades
10. Creación, revisión y actualización de soporte documental del servicio según la Resolución 3100 del 2019 y Seguridad del Paciente, de su área a cargo.	No se ejecutó durante el mes	Sistema de información en el computador y en el CD de Informe de actividades
11. Asistir a reuniones de tipo administrativo y /o educativas programados por las subgerencias administrativa y/o científica de carácter obligatorio según corresponda, garantizando la adherencia a los diferentes procesos y procedimientos inherentes al sistema Integral de Gestión (SIG) del hospital.	Se asistio a : • Comite de farmacovigilancia • Comité de farmacia y terapeutica • Se asistio a comité de seguridad del paciente • Aplicación de las baterias del riesgo	Sistema de información en el computador y en el CD de Informe de actividades
12. Apoyar la implementación de los procesos de MIPG, acreditación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, seguridad del paciente, y demás políticas y programas que desarrolle la institución.	-Se realizó matriz de seguimiento a riesgo de farmacia	Sistema de información en el computador y en el CD de Informe de actividades
13. Conocer y practicar los lineamientos, guías, protocolos y demás politicas establecidas por la institución.	Se realizo revisión de los carros de paro de urgencias, hospitalización, partos	Archivo en el en computador y soporte en el CD de informe de actividades
14. Acatar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato	-Se acató pedidos de medicamentos, y sanforizarlos de acuerdo con las fechas de vencimiento. -Realizar el ingreso de datos de medicamentos como Lote, Fecha de Vencimiento, Cantidad Etc. En el formato de recepción técnica.	Archivo en el en computador y soporte en el CD de informe de actividades

ELCONTRATISTA:

Nombre: Andrea Yorledy Cely Becerra

Andrea Yorledy Cely B.

Firma: 1056929546

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-09, 02: PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1056980823

Periodo Cotización: septiembre de 2023 Periodo Servicio: septiembre de Referencia pago 8858359130

PAGADA 21/09/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA YORLEDY CELY BECERRA		
Documento	CC1056929546	Dirección	EL MISTERIO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	0
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICA
Ciudad	CAJICA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1056929546	ANDREA YORLEDY CELY BECERRA	59	0															0		30	30	30	0	PROTECCION	$1.160.000	$185.600	FAMISANAR EPS	$1.160.000	$145.000	0.02436	$1.160.000	$28.300	NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$358.900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades,Licencias,saldos a Favor	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.160.000	$1.160.000	$1.160.000	$0	$185.600	$145.000	$28.300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$358.900	$0	$358.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 89 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE! 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO GC* Gestión Contractual INFORME ACTA DE CORTE Y SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GC.F-018
		VERSIÓN	01
		CREACIÓN	2023-04-24
		REVISIÓN	2023-04-24

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

Fecha:	14/11/2023	Acta de Corte N°	5	Periodo Ejecución:		1/10/2023	al	31/10/2023	
Persona natural:	X	Persona jurídica:		Modalidad contratación:		CONTRATACIÓN DIRECTA			
Numero cedula:	1.056.929.546	NIT:			N° contrato:	233-2023			
Nombre contratista:	ANDREA YORLEDY CELY BECERRA								
Correo electrónico:	N/A			Numero de contacto:		3233972012			
Nombre y cargo del supervisor:	SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO SUBGERENTE CIENTIFICA								

OBJETO DE CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA ASISTENCIAL COMO REGENTE DE FARMACIA DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO CUNDINAMARCA.

2. BALANCE FINANCIERO

Valor inicial del contrato:	$	10.000.000,00
Adicional N°1 (SI APLICA):	$	-
Adicional N°2 (SI APLICA):	$	-
Adicional N°3 (SI APLICA):	$	-
Adicional N°4 (SI APLICA):	$	-
Adicional N°5 (SI APLICA):	$	-
Adicional N°6 (SI APLICA):	$	-
Adicional N°7 (SI APLICA):	$	-
Valor total del contrato:	$	10.000.000,00
Acta de corte (1):	$	2.000.000,00
Acta de corte (2):	$	2.000.000,00
Acta de corte (3):	$	2.000.000,00
Acta de corte (4):	$	2.000.000,00
Acta de corte (5):	$	2.000.000,00
Acta de corte (6):		
Acta de corte (7):		
Acta de corte (8):	$	-
Acta de corte (9):	$	-
Acta de corte (10):	$	-
Acta de corte (11):	$	-
Acta de corte (12):	$	-
Valor ejecutado:	$	10.000.000,00
Saldo por ejecutar:	$	-

3. GENERALIDAD DE CONTRATISTA

Plazo inicial del contrato:	CUATRO (04) MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS
Prorroga N° 1 (SI APLICA):	
Prorroga N° 2 (SI APLICA):	
Prorroga N° 3 (SI APLICA):	
Fecha de acta de inicio:	6/06/2023
Suspensión N° 1 (SI APLICA):	
Reinicio N° 1 (SI APLICA):	
Suspensión N° 2 (SI APLICA):	
Reinicio N° 2 (SI APLICA):	
Tiempo de cesión (SI APLICA):	
Plazo total del contrato:	CUATRO (04) MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS
Fecha de terminación del contrato:	31/10/2023
Nombre cedente (SI APLICA):	
Identificación del cedente (SI APLICA):	
Numero del contrato objeto de la cesión (SI APLICA):	
Fecha de cesión de contrato (SI APLICA):	

4. RELACIÓN DE ANEXOS ENTREGADOS	PAGINAS	SI	NO
Informe de actividades:	2	X	
Cuenta de cobro y/o factura:	1	X	
Certificado de aportes suscritas por el revisor fiscal:			X
Copia tarjeta profesional del contador o revisor fiscal:			X
Certificado de la junta de contadores persona jurídica:			X
Otros (especificar): Certificado bancario, Acta de inicio			X
Planilla de seguridad social	1	X	
Anexo, Medio magnético CD		X	

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR

El suscrito supervisor, certifica que previa revisión del acta de corte, y los anexos relacionados con el informe de actividades CUMPLE con los requisitos legales necesarios para autorizar el pago.

N.1056980823 SEPTIEMBRE

5. OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

Toda la información registrada y cargada en el aplicativo SECOP II, por el contratista se presenta de manera digital, dejando constancia del aval por el supervisor en el mismo aplicativo SECOP II. Los productos y soportes entregados reposarán en la plataforma de almacenamiento de la Entidad.

SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO
SUBGERENTE CIENTIFICA

	ELABORO	REVISO		APROBÓ
NOMBRE	LYNA LAVERDE	ANA DUARTE	SONIA MARQUEZ	SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO
CARGO	Secretaria Ejecutiva	Tecnico Presupuesto	Apoyo Contabilidad	SUBGERENTE CIENTIFICA
FIRMA				
FECHA:	14/11/2023	14/11/2023	14/11/2023	14/11/2023

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el acta de corte y supervision, el informe de actividades y sus anexos encontrandolos ajustados a las normas y disposiciones legales vigentes