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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	3127 2020	C.D.P. No.:	9
Proceso al que pertenece:	SERVICIO COMPLEMENTARIOS-SERVICO FARMACEUTICO		
Unidad a la que pertenece:	JORGE ELIECER GAITAN		
Nombre del Contratista:	CLAUDIA DIAZ BALLEN	C.C.	39,748,090 de: BOGOTÁ D.C.
Fecha Inicio:	2020-02-01	Fecha Terminación incial:	2020-07-31
Valor Mensual:	$ 1.674.372	Valor a cobrar:	$ 1.674.372

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.674.372	1958	2020-08-01	2020-08-31
2	$ 1.566.348	2692	2020-09-01	2020-09-30
3	$ 1.458.324	3127	2020-10-01	2020-10-31
4	$ 1.674.372	3419	2020-11-01	2020-11-30
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.620.360,00	$ 271.700,00	8604902867
2	MARZO	$ 1.674.372,00	$ 271.700,00	8605689638
3	ABRIL	$ 1.620.320,00	$ 271.700,00	8606472638
4	MAYO	$ 1.620.360,00	$ 157.600,00	8607244369
5	JUNIO	$ 1.620.360,00	$ 157.600,00	8607337355
6	JULIO	$ 1.674.372,00	$ 271.700,00	8608060550
7	AGOSTO	$ 1.620.360,00	$ 271.700,00	8608374378
8	SEPTIEMBRE	$ 1.620.360,00	$ 271.700,00	8608741182
9	OCTUBRE	$ 1.674.372,00	$ 271.700,00	19019533
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.100.244	$ 16.473.660	$ 14.745.236	$ 1.728.424

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO,EN SU CONDICION DE AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION 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:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
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	Minuta de entrega de turno Farmacia hospitalaria
2	REALIZAR Y VERIFICAR LOS INVENTARIOS SELECTICTIVOS DE LA FARMACIA Y EN BODEGA, MENSUALMENTE APLICANDO LOS	Ordenes de despachos: No 20 Próximos a vencer: reporte y gestión realiazada: 3	Correo institucional de la Q.F BLANCA SANCHEZ
3	Realizar la entrega de medicamentos y dispositivos medicos diligenciando los formatos correspondientes y llevando puntos de control	Suministros. cantidad de suministros registrados en DGH: 2334 Pendientes. cantidad de registros en RUVEM: No se realiza, realizo turno en farmacia hospitalaria DIURNO	Ruta: Dinamica gerencial-Reporte suministro de paciente por usuario
4	Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales	Areas: Registros de limpieza y desinfección realizado :3 Equipos: Registros de limpieza de nevera realizados.2	Control de temperatura se registro en el formato que se encuentra en fisico en a
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: NO	N/A
6	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Higiene de manos SI Clasificación de residuos SI	cada 3 horas y/o cada paciente
7	Realizar la entrega de medicamentos, registros y revision de soportes relacionados con medicamentos no incluidos en el plan de beneficios de	MIPRES: cantidad de registros MIPRES o NOPBS realizados.:2	DRIVE y/o A-Z
8	Llevar registro de las actividades y procedimientos que se le asignen, según los formatos o bases de datos del proceso, así como mantener	Entrega de conteos realizados a Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado:12	Minuta de entrega de turno Farmacia hospitalaria
9	Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Se asiste a las reuniones programadas del servicio farmaceutico. Reuniones programadas:SI	Acta de reunion mensual
10	Cumplir la programacion de actividades del servicio, realizar cambios de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de	Cumplir con la programacion de las actividades establecidas: cantidad de horas establecidas 186/ cantidad de horas programadas 192	Cuadro de turnos. Correo institucional
11	En caso de presentarse novedades informacion con anticipacion dicha situacion para la provision del respectivo reemplazo	Informar si se presentaron cambios de turnos, incapacidades o no se asistio al turno	Correo institucional de la Q.F BLANCA SANCHEZ
12	REALIZAR Y VERIFICAR LOS INVENTARIOS SELECTIVOS DE LA FARMACIA Y EN BODEGA, MENSUALMENTE APLICANDO LOS CONTROLES NECESARIOS	Selectivas: No. de selectivas realizadas: 4 Próximos a vencer: reporte y gestión realiazada: 4 Control de temperatura: No. de registros realizados:15	Correo institucional de la Q.F BLANCA SANCHEZ

Observaciones: 186 HORAS PROGRAMADAS DIURNAS

Claudia Díaz Ballen

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. 39,748,090 **de** BOGOTÁ D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YURIDY SHIRLEY CUEVAS DUARTE
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
FIRMA	

PAGOS
s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-39748090 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2020-09	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	140.500	0	140.500
Periodo salud:	2020-09	EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	0	109.800	0	109.800
Planilla Nro.:	19019533 Tipo I	14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	0	21.400	0	21.400
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2020-10-19	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	77547056O	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 271.700