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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3176 - 2020	**C.D.P. No.:**	9
Proceso al que pertenece:	MISIONAL - APOYO DIAGNOSTIGO Y TERAPEUTICO		
Unidad a la que pertenece:	CAPS 1 DE MAYO - FARMACIA		
Nombre del Contratista:	IRMA VILLAMIZAR DE FUQUEN	**C.C.**	51.628.396
de:	BOGOTA		
Fecha Inicio:	2020-02-01	**Fecha Terminación incial:**	2020-07-31
Valor Mensual:	$ 1.656.368	**Valor a cobrar:**	$ 1.656.368

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.512.336	1958	2020-08-01	2020-08-31
2	$ 1.656.368	2692	2020-09-01	2020-09-30
3	$ 1.836.408	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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.584.352	$ 136.500	40120190
2	MARZO	$ 1.656.368	$ 136.500	41137797
3	ABRIL	$ 1.404.312	$ 136.500	41685681
4	MAYO	$ 1.728.384	$ 136.500	42402380
5	JUNIO	$ 1.728.384	$ 136.500	43242006
6	JULIO	$ 1.656.368	$ 136.500	43961090
7	AGOSTO	$ 1.944.432	$ 136.500	44576510
8	SEPTIEMBRE	$ 1.728.384	$ 136.500	45207708
9	OCTUBRE	$ 1.656.368	$ 136.500	45870169
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.100.244	$ 16.779.728	$ 15.087.352	$ 1.692.376

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 CONDICION DE TECNICO EN 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 ESPECIFICAS (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	se realizan actividades en el servicio farmaceutico tales como surtido,almacenamiento y dispensacion de medicamentos.	control de existencias de bodega y estanterias
2	Realizar y verificar los inventarios selectivos en la farmacia y en bodega, mensualmente aplicando los controles necesarios.	Se realizan selectivas en el **formato codigo MI-DT-FT-096 version 01 fecha:2017-08-23**,solicitudes en el aplicativo dinamicase según necesidad del servicio y recepcion tecnica en el **formato codigo AP-IA-FT-017 version 01 fecha:2017-07-11.**	**Selectivas:** No. 3 inventario general al mes, 2 dias por semana . **Solicitudes:** N.º 1- Se realiza según necesidad del servicio **Recepciones técnicas:** 16 registros realizados.
3	Realizar la entrega de medicamentos y disposotivos medicos, diligenciando los formatos correspondientes y llevando puntos de control.	Verificacion de derechos en bases de datos de capitacion y control de seguimientos a usuarios,registros Pendientes RUVEM,Errores de formulacion **formato MI-DT-FT-329 version 01 fecha: 2018-07-12** ,Toma de temperatura y humedad **formato MI-DT-FT-090 version 02 fecha: 2018-02-20** .	**Verificacion de derechos en bases de datos de capitacion y control de seguimientos a: 574** usuarios. **REGISTROS Pendientes:** 8 en el RUVEM **Errores de formulacion**: 12 Errores registrados en el mes de **OCTUBRE de 2020 Toma de temperatura y humedad:** 23 Registros, 3 veces al dia-Mañana tarde y noche.
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: **Equipos:** Registros de limpieza de nevera realizados.	**estanterias:** 3 registros,**cajoneras:** 3 registros, **nevera** 2 registros y se firma el **formato de de lista de chequeo** de servicios generales.
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, entrega de Medicamentos pendientes.Cantidad de quejas recibidas y gestionadas ,Cantidad de felicitaciones recibidas.	**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:** 68 llamados para realizar entrega de Medicamentos pendientes. **Cantidad de quejas recibidas y gestionadas:** 0 QUEJAS. **Cantidad de felicitaciones recibidas**: 0 Felicitaciones.
6	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental	**Higiene de manos** A diario, en la atencion de cada pacientes. **Clasificación de residuos:** A diario.	**Higiene de manos:** A diario, en la atencion de cada 2 pacientes y al ingresar y salir de la farmacia, (23 dias).ademas se utilizan elementos de proteccion.
7	Realizar la entrega de Medicamentos, registros y revision de soportes relacionados con medicamentos no incluidos en el plan de beneficios de salud -PBS.	MIPRES: Cantidad de resgistros MIPRES o NOPS realizados: No Aplica, sin requerimiento en el servicio.	MIPRES: formato mipres,no Aplica en el servicio
8	Llevar registro de las actividades y procedimientos que se le asignen, según los formatos o bases de datos del proceso, asi como mantener actualizados los informes definidos por la entidad y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso.	**Cantidad de facturas realizadas (ambulatoria):**Capital Salud,FFDS, Eventos, Particular,Unicajas y Suministros: cantidad de suministros registrados en DGH.	Cantidad de facturas realizadas (ambulatoria): Total facturas realizadas 574 **(Capital Salud:563,FFDS:** 0 **Eventos:** 0, **Particular:** 0, **Unicajas:** 9.**Suministros:** cantidad de suministros registrados en DGH:574
9	Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, runiones y eventos a los cuales sea convocado.	Todos los funcionarios del servicio farmaceutico asisten a las actividades, reuniones y capacitaciones en los horarios, fechas y horas establecidas. En el momento en que sean	se firman **actas** de reuniones y capacitaciones socializadas.
10	Cumplir la programación de activiades del servicio, realizar cambios de turnos cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato	Se da cumplimiento a los horarios establecidos por las directrices de la entidad, cumpliendo a cabilidad con las actividades asignadas requeridas en el servicio.	cumplir con los horarios establecidos y requeridos en el servicio.
11	En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.	Cuando se requiere algun cambio de turno, se informa con anticipacion al QF para asi no ocacionar imprevistos en el servicio	No se realiza solicitudes al Q.F de cambios de turno,ni ocurrieron eventualidades en los turnos asignados del mes de OCTUBRE 2020
12	Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos, demostrando gestion realizada para evitar perdidas	**Próximos a vencer:** Revision a diario junto con las selectivas, identificando los items de baja rotacion y proximos a vencer, lo cual es informado al quimico del servicio para realizar gestion.	no hay medicamentos vencidos ni proximos a vencer en el mes de **OCTUBRE de 2020** ,se deja evidencia en formato de selectivas.
13	Orientar al usiuario del servicio farmaceutico, teniendo en cuenta los correctos de dispensacion de medicamentos.	**Dispensacion Mensual:** se orienta al paciente aplicando los correctos de dispensacion, (formula,nombre del paciente,nombre del medicamento, via de admninistracion,concentracion,cantidad de lo que se esta dispensando y demas).	**Dispensacion Mensual:** 574 facturas de usuarios atendidos en el mes de **OCTUBRE de 2020**,reporte en el aplicativo en dinamica.
14	Dar aplicación a los subsistemas que componen el Sistema Integrado de Gestion de calidad adoptados por la Subred.	Se realiza mejoramiento continuo, aplicando cada una de las politicas que componen los diferentes procesos y procedimientos que conllevan a un mejor funcionamiento y servicio de calidad en pro de nuestros usuarios.	se brinda un trato humanizado al usuario,haciendo enfasis en los deberes y derechos.

Observaciones:TOTAL DE HORAS REALIZADAS 184 ,SE HIZO 8 HORAS DE MAS EL DIA 24 DE OCTUBRE, PLANILLA CON NOVEDAD.

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

IRMA VILLAMIZAR
Firma del Contratista

C.C. 51.628.396 **de** BOGOTA

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

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	IRMA VILLAMIZAR DE FUQUEN	**Nit:**	51628386
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Septiembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Septiembre 2020
Número de radicación:	45870169	**Total a pagar:**	$136,500
Fecha de vencimiento:	23/10/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	07/10/2020	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	764916505
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$21,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$5,300
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$109,800
						$136,500

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Conet S.A.

certicámara. Acerca de los certificados SSL

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente