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 3122 2020 | **C.D.P. No.:** | 9 |
| **Proceso al que pertenece:** | SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - SERVICIO FARMACEUTICO | | |
| **Unidad a la que pertenece:** | SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E/CAPS PERSEVERANCIA | | |
| **Nombre del Contratista:** | CAROLINA LOZANO URREGO | **C.C.** | 1.106.951.545 **de:** PALOCABILDO |
| **Fecha Inicio:** | 2020-02-01 | **Fecha Terminación incial:** | 2020-07-31 |
| **Valor Mensual:** | $ 1.620.360 | **Valor a cobrar:** | $ 1.620.360 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.674.372 | 1958 | 2020-08-01 | 2020-08-31 |
| 2 | $ 1.458.324 | 2692 | 2020-09-01 | 2020-09-30 |
| 3 | $ 1.620.360 | 3127 | 2020-10-01 | 2020-10-31 |
| 4 | $ 1.674.372 | 3419 | 2020-11-01 | 2020-11-30 |
| 5 | $ 3.402.756 | 3834 | 2020-12-01 | 2021-01-31 |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.566.348 | $ 271.700 | 1026898280 |
| 2 | MARZO | $ 1.674.372 | $ 271.700 | 1027531105 |
| 3 | ABRIL | $ 1.620.360 | $ 271.700 | 1028453200 |
| 4 | MAYO | $ 1.674.372 | $ 157.600 | 1029193802 |
| 5 | JUNIO | $ 1.620.360 | $ 157.600 | 1029753620 |
| 6 | JULIO | $ 1.674.372 | $ 271.700 | 1031293130 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.674.372 | $ 271.700 | 1031901457 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.620.360 | $ 271.700 | 1031901468 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1.674.372 | $ 271.700 | 1032594067 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 1.620.360 | $ 271.700 | 1033221695 |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 10.100.244 | $ 19.930.428 | $ 16.419.648 | $ 3.510.780 |

## 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 CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN 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:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

| | 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 el orden de acuerdo a la distribución en la farmacia con su correspondiente identificación y ubicación en orden alfabetico. | Se realizo surtido de la farmacia 5 veces correspondientes al dia de turno |
| 2 | Realizar y verificar los inventarios selectivos en la farmacia y en bodega, mensualmente aplicando los controles necesarios. | **Selectivas: No.** de selectivas realizadas<br>**Próximos a vencer:** reporte y gestión realiazada<br>**Control de temperatura:** No. de registros realizados<br>**Solicitudes:** No de items informados al regente para hacer pedido<br>**Recepciones técnicas:** Cantidad de registros realizados | Se realizan 4 conteos en el mes 1 por semana , evidencia de selectivas semanal enviadas al correo de la farmacia **perseverancia.caps@gmail.com** , correo de regente de la unidad / se reportan 9 moleculas con fechas ´proximas avencer se pasa reporte con fechas en rojo y amarillo en selectivas para que regente encargada solicite rotacion en otras unidades./ registros realizados de temperatura 30 tomas de temperatura por cada area - total 90) en el formato MI-DT-FT-090 / Se reporto 31 items de los medicamentos y/o dispositivos con poca existencia al regente y se soporta en libro de entrega de turno./ se realizan 4 recepciones formato AP-IA1-FT-017 |
| 3 | Realizar la entregar de medicamentos y dispositivos médicos, diligenciando los formatos correspondientes y llevando puntos de control | **Suministros**<br>**Pendientes**<br>**Traslados** | Cantidad de suministros registrados en DGH (658) /Cantidad de registros en RUVEM (0 este registro lo realiza el turno de la noche formato MI-DT-FT-097) /Cantidad de traslados registrados en DGH (11)evidencia en salidas ordenes de despacho. |
| 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<br>**Equipos:** Registros de limpieza de nevera realizados. | (0, este registro lo realiza el turno de la noche) / (0, este registro lo realiza el turno de la noche) formato MI-DT-FT-137 |
| 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**<br>**Cantidad de quejas recibidas y gestionadas**<br>**Cantidad de felicitaciones recibidas** | Realice 15 llamadas a usuarios para la entrega de medicamentos pendientes y de citas via telefonica evidenciadas en entregas de domicilio y libro de entrega de turno./0 Quejas y felicitaciones. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. | **Higiene de manos** (se realiza antes y despues de ingresar a la farmacia y de la atencion al usuario)<br>**Clasificación de residuos** | lavado de manos Cada 2 horas y con supragel por cada paciente atendido./ 3 contedenores debidamente marcados, caneca gris todo lo reciblable, verde residuos ordinarios y roja biológicos |
| 7 | realizar la entregar de medicamentos, registros y revisión de soportes relacionados<br>con medicamentos no incluidos en el plan de beneficios de salud -PBS | **Cantidad de errores de prescripción registrados**<br>**Cantidad de facturas realizadas** (ambulatoria, hospitalización y urgencias)<br>**Verificacion de derechos en bases de datos de capitacion y control de seguimientos a:** | (0, este registro lo realiza el turno de la noche) Formato MI-DT-FT-329 / Total facturas realizadas 658 (Capital Salud: 262 :, FFDS: 3 Eventos 0 Particular: 0, Unicajas: 11 hospitalizacion 255 urgencias 98. Seguimiento Usuarios por DIIG, georeferenciador:276 |
| 8 | 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. | **MIPRES:** Cantidad de resgistros MIPRES o NOPBS realizados | 0 reporte evidenciado en registro de Mipres en linea (DRIVE) |
| 9 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Cantidad de Suminsitros efectivos realizados en el aplicativo de MIPRES del Ministerio de Salud | 0 reporte evidenciado en registro de Mipres en linea (DRIVE) |
| 10 | cumplir la programación de actividades del servicio, realizar cambios de turnos cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato | Entrega de conteos realizados a Medicamentos de Control Especial y Monopolio del Estado<br>Entrega de conteos realizados a Medicamentos de Alto Costo<br>Reportes de mesa de ayuda notificados<br>Manejo del archivo y gestión documental | Realice 15 conteos de medicamentos de control y de alto costo se encuentran registrado en la entrega de turno. No realice reportes a mesa de ayuda. / Temperatura MI-DT-FT-090, recepción técnica AP-IA-FT-017, entrega de turno N/A, ruvem MI-DT-FT-097, errores de prescripción MI-DT-FT-329. |
| 11 | en caso de presentarse novedades información con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo | Cumplir con la programación de actividades establecida: cantidad de horas establecidad/ cantidad de horas programadas | horas programadas 180 |
| 12 | Realizar y verificar los inventarios selectivos en la farmacia y en bodega, mensualmente aplicando los controles necesarios. | Semanalmente se realiza limpieza y desinfección de tramos asigandos ,verificando primeros en vencer primeros en salir ,semaforización . | Se realiza limpieza de tramos y verificacion de fechas semanal cuando se realiza conteo de selectivas formato MI-DT-FT-137 |
| 13 | Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos, demostrando gestión realizada para evitar pérdidas. | Recepción , almacenamiento y dispensación de medicamentos y dispositivos medicos según normatividad. | se verifiva solicitud y su dispensacion siempre se realiza por medio de solicitud realizada |
| 14 | Orientar al usuario del servicio farmacéutico, teniendo en cuenta los correctos de dispensación de medicamentos. | Brindar informacion acertada , verificando cinco correctos (paciente correcto- Medicamento correcto- dosis correcta- Hora correcta y via de administracion correcta) a cada uno de los usuarios. | En el momento de la dispensación se solicita el nombre y número de documento del paciente, se verifica que la formula este bien diligenciada. |
| 15 | Dar aplicación a los subsistemas que componen el Sistema Integrado de Gestión de calidad adoptados por la Subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | seguir los lineamientos establecidos en funcion de la operatividad con respecto al correcto funcionamiento del servicio | Se diligencian los formatos y se siguen las indicaciones. |

**Observaciones: HORAS REALIZADAS 180**

Carolina Lobino.

**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.** 1.106.951.545 **de** PALOCABILDO

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | CLAUDIA SILENIA NIÑO REY |
| **CARGO:** | DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS |
| **FIRMA** | |

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de Seguridad Social |
| **Fecha** | 2020-11-19, 10:24:54 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | octubre de 2020 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | octubre de 2020 |
| **Empresa** | CAROLINA LOZANO URREGO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1106951545 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1033221695 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 804978125 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 289.300 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 140.500 | $ 0 |
| N830003564 | EPS017 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO | 1 | $ 109.800 | $ 0 |
| N860002503 | 14-7 | CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | $ 21.400 | $ 0 |
| N860007336 | CCF22 | CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO | 1 | $ 17.600 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 289.300 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 289.300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - 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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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