ok

Bogotá 12 de julio de 2018

Dr Luis Fernando Pineda
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

REFERENCIA: Terminación Bilateral De Contrato 1618 2018

Cordial saludo

Por medio de la presente me permito presentar formalmente solicitud de terminación bilateral del contrato PS 1618 de 2018 con objeto de presta sus servicios profesionales como regente de farmacia para la ejecución de actividades asistenciales en los procesos de gestión de servicios complementarios, conforme a la subred integrada de salud centro oriente ese. Lo anterior a partir de la fecha 10 de julio de 2018.

1916

Cordialmente

DANIEL EDUARDO CASAS TELLO
REGENTE DE FARMACIA
1006943600

NO REQ.

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1916-2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
				Unidad a la que pertenece:	JORGE ELIECER GAITAN
Nombre del Contratista:	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO			**C.C.**	1.006.943.609 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-01-10	**Fecha Terminación inicial:**	2018-06-09	**Valor Mensual:**	**Valor a cobrar:** $ 1.601.130

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
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	ENERO	$ 1.601.130	$ 252.800	32244229687
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
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
$ 10.875.600	$ 10.875.600	$ 1.601.130	$ 9.274.470

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-01-10 **Hasta:** 2018-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las mismas que en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES/PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. SOLICITAR, RECEPCIONAR, ORGANIZAR, CONTROLAR VIGILAR Y VELAR POR LA LA DISPOSICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS PARA EL CONSUMO MENSUAL DE LOS MISMOS USUARIOS.	SE REALIZA CONSULTA DIARIA DE INVENTARIO Y KARDEX , TENIENDO EN CUENTA LA ROTACION MENSUAL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS, SE REALIZA LA SOLICITUD VIA CORREO, TELEFONICA Y CHAT DE LOS INSUMOS QUE NO TENGAN EXISTENCIAS O ESTAS SEAN MINIMAS A LAS UNIDADES QUE EN LA FECHA TENGAN
2	2. REALIZAR DOS (2) INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y EN LA BODEGA MENSUALMENTE Y LLEVAR LOS CONTROLES NECESARIOS DE INVENTARIOS	SE REALIZA AUDITORIA GESTION Y CONTROL A LOS CONTEOS SELECTIVOS DIARIOS PARA FARMACIA AMBULATORIA, FARMACIA HOSPITALARIA Y LAS TARJETAS KARDEX DE BODEGA CON EL FIN DE VERIFICAR LA INFORMACION REGISTRADA, SE ELABORAN HERRAMIENTAS DE CONTROL QUE PERMITEN REALIZAR EL
3	3. DILIGENCIAR LOS INFORMES MENSUALES DE LOS MOVIMIENTOS EN LA FARMACIA Y ENTREGA DE INDICADORES	INDICADORES DE GESTION, SE REALIZA LLAMADAS O SE ENVIA MENSAJES DE TEXTO A USUARIOS CON MEDICAMENTOS PENDIENTES PARA GESTIONAR LA ENTREGA DE LOS MISMOS Y REDUCIR EL INDICADORES DE PENDIENTES, SE REALIZA CONTROL SOBRE LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS INFORMES SEMANALES Y MENSUALES
4	4. CONTROLAR Y REGISTRAR DIARIAMENTE EN EL LIBRO DE MOVIMIENTOS GENERADOS POR LAS FÓRMULAS DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL	SE REALIZA AUDITORIA DIARIA DE LAS FORMULAS, MEDICAMENTOS Y REGISTROS DEL LIBRO DE MCE
5	5. APOYAR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA SUBRED	NOTIFICACION DE EVENTOS O INCIDENTES RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS SI SE LLEGAN A PRESENTAR

Observaciones:

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. 1.006.943.609 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO
CARGO:	QUIMICA FARMACEUTICA
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000415606	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO		KR 136C # 153- 20 APTO 101	6014419	danielcasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 Dependiente			BOGOTA D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
1	2018	1	2018	I	02/02/2018	24429667	$250.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Compensar EPS	860066942-7	100.000	0		0		0	30	2.400	0	102.400	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	128.000	0	0	0	0	30	3.100	0	131.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Cia de Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	19.500				19.500	30	500	20.000			164	20.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	100.000	102.400
Pensión	1	128.000	131.100
Riesgos Laborales	1	19.500	20.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	247.500	253.500

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000915000	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO		KR 116C # 153- 20 APTO 101	6511119	danielcasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D C	BOGOTÁ D C		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACION				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
1	2018	1	2018	I	02/02/2018	2318230637	$263.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE							INFORMACION NOVEDADES																PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No de Identificacion	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Pensionado	IBC	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	Cod AFP	IBC AFP	Cotizacion	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod EPS	IBC EPS	Cotizacion/ Valor UPC	Cod ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotizacion	Codigo CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1000915000	CASAS TELLO DANIEL EDUARDO	IN	0			N																			240301	800.000	168.000	0	0	0	0	EPS018	800.000	168.000	14 1	800.000	3	16.500		0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

HH 200

Secretaría Distrital 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

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1916-2018	C.D.P. No.:	7	Proceso al que pertenece:	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
				Unidad a la que pertenece:	JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista:	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO	C.C.	1.000.943.600	de:	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-01-09	Fecha Terminación inicial:	2018-06-09	Valor Mensual:	$ 1.873.020,00	Valor a cobrar:	$ 2.014.000,00

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.601.130,00	$ 252.800,00	24429687
2	FEBRERO	$ 2.014.000,00	$ 252.400,00	25069772
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
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
$ 10.875.600,00	$ 10.875.600,00	$ 3.615.130,00	$ 7.260.470,00

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 REGENTE DE FARMACIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION 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: 2018-02-01 Hasta: 2018-02-28

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	SOLICITAR, RECEPCIONAR, ORGANIZAR, CONTROLAR VIGILAR Y VELAR POR LA LA DISPENSACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS PARA EL CONSUMO MENSUAL DE LOS MISMOS USUARIOS, MANTENIENDO UN SUMINISTRO ADECUADO DENTRO DE LA ENTIDAD	SE REALIZA CONSULTA DIARIA DE INVENTARIO Y KARDEX , TENIENDO EN CUENTA LA ROTACION MENSUAL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA SOLICITAR CONTROLAR Y VELAR POR TENER LAS EXISTENCIAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO. SE REALIZA LA SOLICITUD VIA CORREO, TELEFONICA Y CHAT DE LOS INSUMOS QUE NO TENGAN EXISTENCIAS O ESTAS SEAN MINIMAS A LAS UNIDADES QUE EN LA FECHA TENGAN EXISTENCIAS SEGUN LA PLATAFORMA DINAMICA GERENCIAL - DISPONIBILIDAD TOTAL DENTRO Y FUERA DE LA SUBRED PARA SOLUCIONAR CUALQUIER CONTINGENCIA QUE SE PRESENTE DURANTE EL DIA LA NOCHE Y FINES DE SEMANA-SE REALIZA ANALISIS DE CONSUMOS PARA ELABORAR EL PEDIDO GENERAL MARZO
2	REALIZAR DOS (2) INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y EN LA BODEGA MENSUALMENTE Y LLEVAR LOS CONTROLES NECESARIOS DE INVENTARIOS	SE REALIZA AUDITORIA GESTION Y CONTROL A LOS CONTROS SELECTIVOS DIARIOS PARA FARMACIA AMBULATORIA, FARMACIA HOSPITALARIA-Y LAS TARJETAS KARDEX DE BODEGA CON EL FIN DE VERIFICAR LA INFORMACION REGISTRADA, CUBRIENDO EL 100% DE LAS EXISTENCIAS DURANTE EL MES- SE ELABORAN HERRAMIENTAS DE CONTROL QUE PERMITEN REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LA FARMACIA HOSPITALARIA , SE REALIZA LA GESTION PARA DAR ROTACION A MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PROXIMOS A VENCER O CON BAJA ROTACION ENVIANDO CORREOS ELECTRONICOS MENSAJES DE WHATSAP Y LLAMADAS A LAS DIFERENTES FARMACIAS Y ALMACENES
3	DILIGENCIAR LOS INFORMES MENSUALES DE LOS MOVIMIENTOS EN LA FARMACIA Y ENTREGA DE INDICADORES	INDICADORES DE GESTION, SE REALIZA LLAMADAS O SE ENVIA MENSAJES DE TEXTO A USUARIOS CON MEDICAMENTOS PENDIENTES PARA GESTIONAR LA ENTREGA DE LOS MISMOS Y REDUCIR EL INDICADORES DE PENDIENTES, SE REALIZA CONTROL SOBRE LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS INFORMES SEMANALES Y MENSUALES COMO PENDIENTES-SE REALIZA INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL Y DEMA QUE SOLICITEN DURANTE EL MES.
4	CONTROLAR Y REGISTRAR DIARIAMENTE EN EL LIBRO DE MOVIMIENTOS GENERADOS POR LAS FÓRMULAS DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL	SE REALIZA AUDITORIA DIARIA DE LAS FORMULAS, MEDICAMENTOS Y REGISTROS DEL LIBRO DE MUE
5	APOYAR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA SUBRED.	NOTIFICACION DE EVENTOS O INCIDENTES RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS SI SE LLEGAN A PRESENTAR
6	VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CÁLIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.	SE REALIZA REUNION CON EL PERSONAL PARA RETROALIMENTARLOS SOBRE EL BUEN TRATO HACIA LOS USUARIOS- SOBRE EL APOYO QUE SE LES DEBE BRINDAR Y SOBRE LAS BARRERAS QUE NO DEBEMOS PONER EN FARMACIA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.
7	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL.	SE CUMPLE CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED SEGÚN MANUALES
8	ORIENTAR AL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE LA ENTIDAD, SOBRE LAS ACTIVIDADES PARA LA ACTIVACIÓN COMO PROFESIONAL, EL REPORTE Y DE DISPENSAMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN QUE REALIZA EL PROFESIONAL DE LA SALUD, LA REALIZACIÓN DE FORMATOS DE CONTINGENCIA QUE SE PRESENTEN Y DEMAS, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED, DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE REQUIERA EL PROCESO.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA
9	REALIZAR LA ACTIVACIÓN DE USUARIOS EN EL APLICATIVO DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGÚN SE LE ASIGNE.	SE REALIZARA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
10	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.	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS PARA EL REGIMEN SUBSIDIADO Y SOLICITUD DE MIPRES PARA REGIMEN CONTRIBUTIVO

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

11	LLEVAR EL 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 INSTITUCIÓN Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO.	SE REGISTRAN TODAS LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES COMO EVIDENCIA DE LA GESTION REALIZADA SEGÚN LOS FORMATOS DE LA SUBRED PARA EL CONTROL DE INVENTARIOS, FECHAS DE VENCIMIENTO, SOBRESTOCK DE INVENTARIOS, INSUMOS CRITICOS, ACTAS DE REUNION Y DE CAPACITACIONES, LISTAS DE CHEQUEO PARA RECEPCION DE INSUMOS INFORMES DE CONTROL ENTRE OTROS
12	PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A LAS DEVOLUCIONES U OBJECIONES QUE ESTABLEZCAN LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
13	PORTAR EL UNIFORME DE MANERA ADECUADA Y DECOROSA	ME PRESENTO DE MANERA ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE MIS FUNCIONES
14	PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES	PORTO EL CARNET DE LA INSTITUCION SIEMPRE A LA VISTA
15	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	CUMPLO CON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DENTRO DEL LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.
16	EN CASO DE PRESENTARSE NOVEDADES, INFORMAR CON ANTICIPACIÓN DICHA SITUACIÓN PARA LA PROVISIÓN DEL RESPECTIVO REEMPLAZO.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
17	ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR, ANEXANDO LA PLANILLA DE PAGO DEL PERSONAL VINCULADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO LOS APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEBERÁN COMPRENDER SALUD, PENSIÓN Y ARL, PARAGRAFO	SE REALIZA PAGO DE LOS APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SE ENTREGA SOPORTE ANEXO A LA CUENTA DE COBRO DE CADA MES.

Observaciones:

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. 1.000.943.600

REGENTE DE FARMACIA
David Eduardo Casas T.
C.C. 1000943600
farmaciaes1@gmail.com

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	INGRID PAOLA BARRERA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006943600	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO		KR 136C # 153 - 20 APTO 101	4614449	danielcasat@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	I	26/02/2018	25909772	$252.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	100.000	0		0		0	24	2.000	0	102.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	128.000	0	0	0	0	24	2.500	0	130.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	19.500				19.500	24	400	19.900			195	19.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	100.000	102.000
Pensión	1	128.000	130.500
Riesgos Laborales	1	19.500	19.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	247.500	252.400

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006943600	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO	KR 136C # 153- 20 APTO 101	4614449	danielcasast@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	I	26/02/2018	25009772	$252.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Depto	Ciudad	Extranjero sin permiso	Exonerado	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006943600	CASAS TELLO DANIEL EDUARDO	59	0			N															230301	800.000	126.000	0	0	0	0	EPS008	800.000	100.000	14-1	800.000	3	19.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ertificado Censo - Google Chrome
Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [CO] | https://ecenso.dane.gov.co/encuesta/generarConstancia

IZALEZ eCENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2018 - COLOMBIA DANE GOBIERNO DE COLOMBIA

Código de diligenciamiento: 900780300

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA -DANE-

Hace constar que el hogar conformado por:

DANIEL EDUARDO CASAS TELLO Cédula de ciudadanía 1006943600,
XIMENA ZABIANI GONZALEZ RODRÍGUEZ Cédula de ciudadanía 1015403432,
SAMUEL ESTEBAN CASAS Tarjeta de identidad 1031424937

Se ha eCensado

Fecha de expedición: 26 de febrero de 2018

Mauricio Perfetti del Corral
Director

nicio ES 08:16 a.m. 26/02/2018

H-H 225

Red 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:	159-2018-2018	C.D.P. No.:	7	Proceso al que pertenece:	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
				Unidad a la que pertenece:	JORGE ELIECER GAITAN
Nombre del Contratista:	DANIEL EDUARDO CANAS TELLO			C.C:	1.000.943.680 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-01-09	Fecha Terminación Inicial:	2018-06-09	Valor Mensual:	$ 1.873.020,00 Valor a cobrar: $ 2.265.750,00

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.601.130,00	$ 252.830,00	24429687
2	FEBRERO	$ 2.014.000,00	$ 252.430,00	25009772
3	MARZO	$ 2.265.750,00	$ 299.700,00	26492026
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
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
$ 10.875.600,00	$ 10.875.600,00	$ 5.880.880,00	$ 4.994.720,00

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 REGENTE 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: 2018-03-01 Hasta: 2018-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO (ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION)
1	SOLICITAR, RECEPCIONAR, ORGANIZAR, CONTROLAR VIGILAR Y VELAR POR LA EXISTENCIA DE LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS PARA EL CONSUMO MENSUAL DE LOS MISMOS USUARIOS, MANTENIENDO UN SUMINISTRO ADECUADO DENTRO DE LA ENTIDAD	SE REALIZA CONSULTA DIARIA DE INVENTARIO Y KARDEX , TENIENDO EN CUENTA LA ROTACION MENSUAL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA SOLICITAR CONTROLAR Y VELAR POR TENER LAS EXISTENCIAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, SE REALIZA LA SOLICITUD VIA CORREO, TELEFONICA Y CHAT DE LOS INSUMOS QUE NO TENGAN EXISTENCIAS O ESTAS SEAN MINIMAS A LAS UNIDADES QUE EN LA FECHA TENGAN LAS EXISTENCIAS SEGUN LA PLATAFORMA DINAMICA GERENCIAL - DISPONIBILIDAD TOTAL DENTRO Y FUERA DE LA SUBRED PARA SOLUCIONAR CUALQUIER CONTINGENCIA QUE SE PRESENTE DURANTE EL DIA LA NOCHE Y FINES DE SEMANA-SE REALIZA ANALISIS DE CONSUMOS PARA ELABORAR EL PEDIDO GENERAL ABRIL
2	REALIZAR LOS (2) INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y EN LA BODEGA MENSUALMENTE Y LLEVAR LOS CONTROLES NECESARIOS DE INVENTARIOS	SE REALIZA AUDITORIA GESTION Y CONTROL A LOS CONTEOS SELECTIVOS DIARIOS PARA FARMACIA AMBULATORIA, FARMACIA HOSPITALARIA-Y LAS TARJETAS SARDEX DE BODEGA CON EL FIN DE VERIFICAR LA INFORMACION REGISTRADA, CUBRIENDO EL 100% DE LAS EXISTENCIAS DURANTE EL MES- SE REALIZA INVENTARIO GENERAL PARA LA RECEPCION DE CUENTAS DE COBRO DE LOS AUX DE FARMCIA-SE ELABORAN HERRAMIENTAS DE CONTROL QUE PERMITEN REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LA FARMACIA HOSPITALARIA , SE REALIZA LA GESTION PARA DAR ROTACION A MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PROXIMOS A VENCER O CON BAJA ROTACION ENVIANDO CORREOS ELECTRONICOS MENSAJES DE WHATNAP Y LLAMADAS A LAS DIFERENTES FARMACIAS Y ALMACENES
3	DILIGENCIAR LOS INFORMES MENSUALES DE LOS MOVIMIENTOS EN LA FARMACIA Y ENTREGA DE INDICADORES	INDICADORES DE GESTION, SE REALIZA LLAMADAS O SE ENVIA MENSAJES DE TEXTO A USUARIOS CON MEDICAMENTOS PENDIENTES PARA GESTIONAR LA ENTREGA DE LOS MISMOS Y REDUCIR EL INDICADORES DE PENDIENTES, SE REALIZA CONTROL SOBRE LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS INFORMES SEMANALES Y MENSUALES COMO PENDIENTES-SE REALIZA INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS DE CONTRO... Y DEMAS QUE SOLICITEN DUARANTE EL MES.
4	CONTROLAR Y REGISTRAR DIARIAMENTE EN EL LIBRO DE MOVIMIENTOS GENERADOS POR LAS FORMULAS DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL	SE REALIZA AUDITORIA DIARIA DE LAS FORMULAS, MEDICAMENTOS Y REGISTROS DEL LIBRO DE MUE
5	APOYAR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA SUBRED	NOTIFICACION DE EVENTOS O INCIDENTES RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS SI SE LLEGAN A PRESENTAR
6	VELAR PORQUE LA ATENCION SEA HUMANA, EFICAZ, CALIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.	SE DA ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA AL PERSONAL DE AUX CON EL FIN DE QUE ESTOS PRESTEN SERVICIOS DE CALIDAD ENFOCADOS AL BUEN TRATO Y SATISFACCION DEL USUARIO
7	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y CONTROL AMBIENTAL.	SE CUMPLE CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED SEGUN MANUALES
8	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 LA PROFESIONAL DE LA SALUD, LA REALIZACIÓN DE FORMATOS DE CONTINGENCIA QUE SE PRESENTEN Y DEMAS, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED, DANDO COBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE REQUIERA EL PROCESO	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA
9	REALIZAR LA ACTIVACIÓN DE USUARIOS EN EL APLICATIVO DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGÚN SEA LA ASIGNA.	SE REALIZARA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR

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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-A-FT-014
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

10	REALIZAR EL ENVIO DE LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL PROCESO AL AREA DE AUTORIZACIONES PARA SER ENVIADOS A LA ENTIDAD ASEGURADORA DEL USUARIO, DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS PARA EL REGIMEN SUBSIDIADO Y SOLICITUD DE MIPRES PARA REGIMEN CONTRIBUTIVO
11	LLEVAR EL 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 INSTITUCION Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO.	SE REGISTRAN TODAS LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES COMO EVIDENCIA DE LA GESTION REALIZADA SEGÚN LOS FORMATOS DE LA SUBRED PARA EL CONTROL DE INVENTARIOS, FECHAS DE VENCIMIENTO, SOBRESTOCK DE INVENTARIOS, INSUMOS CRITICOS, ACTAS DE REUNION Y DE CAPACITACIONES, LISTAS DE CHEQUEO PARA RECEPCION DE INSUMOS INFORMES DE CONTROL ENTRE OTROS
12	PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A LAS DEVOLUCIONES U OBJECIONES QUE ESTABLEZCAN LAS ENTIDADES ASEGURADORAS	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
13	PORTAR EL UNIFORME DE MANERA ADECUADA Y DECOROSA	ME PRESENTO DE MENERA ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE MIS FUNCIONES
14	PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.	PORTO EL CARNET DE LA INSTITUCION SIEMPRE A LA VISTA
15	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	CUMPLO CON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DENTRO DE MIS FUNCIONES DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO
16	EN CASO DE PRESENTARSE NOVEDADES, INFORMAR CON ANTICIPACIÓN DICHA SITUACIÓN PARA LA PROVISIÓN DEL RESPECTIVO REEMPLAZO.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
17	ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR, ANEXANDO LA PLANILLA DE PAGO DEL PERSONAL VINCULADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO LOS APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEBERÁN COMPRENDER SALUD, PENSIÓN Y ARL. PARAGRAFO	SE REALIZA PAGO DE LOS APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SE ENTREGA SOPORTE ANEXO A LA CUENTA DE COBRO DE CADA MES.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.006.943.690 de

REGENTE DE FARMACIA
Daniel Eduardo Casas Tello
C.C. 1006943690
rfdanielksast@gmail.com

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	INGRID PAOLA BARRERA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006943600	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO	KR 136C # 153- 20 APTO 101	4814449	danielksast@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	I	27/03/2018	26492026	$300.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	118.800	0		0		0	25	2.400	0	121.200	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	152.000	0	0	0	0	25	3.100	0	155.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	23.200				23.200	25	500	23.700			232	23.700	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	118.800	121.200
Pensión	1	152.000	155.100
Riesgos Laborales	1	23.200	23.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	294.000	300.000

PAGADA
26492026

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



compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006943600	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO		KR 136C # 153- 20 APTO 101	4614449	danielksast@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	I	27/03/2018	26492026	$300.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Radicado	Colombiano en el Exterior	Cotiza a Pensión	Cotizante Exonerado	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIONES	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Tarifa %	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006943600	CASAS TELLO DANIEL EDUARDO	59	0			N								X								230301	950.000	152.000	0	0	0	0	EPS008	950.000	118.800	14-7	950.000	3	23.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

H - 198

Secretaría Distrital 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:	196-910-2018	C.D.P. No.:	7	Proceso al que pertenece:	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
				Unidad a la que pertenece:	JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista: DANIEL EDUARDO CASAS TELLO — C.C.: 1.069.943.600 — de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-02-09 — Fecha Terminación inicial: 2018-06-09 — Valor Mensual: $ 1.873.020,00 — Valor a cobrar: $ 3.993.860,00

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.401.130,00	$ 252.800,00	25429687
2	FEBRERO	$ 2.044.210,00	$ 252.400,00	25809772
3	MARZO	$ 2.265.720,00	$ 300.000,00	26-020206
4	ABRIL	$ 1.993.860,00	$ 251.600,00	26328237
5				
6				
7				
8				
9				
10				
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
$ 10,875,600,00	$ 10.875.600,00	$ 7.904.950,00	$ 2.970.650,00

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 REGENTE 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: 2018-04-01 Hasta: 2018-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las cumplidas en la mensual)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	SOLICITAR, RECEPCIONAR, ORGANIZAR, CONTROLAR VIGILAR Y VELAR POR LA DISPONICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS PARA EL CONSUMO MENSUAL DE LOS MISMOS USUARIOS, MANTENIENDO UN SUMINISTRO ADECUADO DENTRO DE LA ENTIDAD	SE REALIZA CONSULTA DIARIA DE INVENTARIO Y KARDEX , TENIENDO EN CUENTA LA ROTACION MENSUAL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA SOLICITAR CONTROLAR Y VELAR POR TENER LAS EXISTENCIAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, SE REALIZA LA SOLICITUD VIA CORREO, TELEFONICA Y CHAT DE LOS INSUMOS QUE NO TENGAN EXISTENCIAS O ESTAS SEAN MINIMAS A LAS UNIDADES QUE EN LA FECHA TENGAN EXISTENCIAS SEGUN LA PLATAFORMA DINAMICA GERENCIAL - DISPONIBILIDAD TOTAL DENTRO Y FUERA DE LA SUBRED PARA SOLUCIONAR CUALQUIER CONTINGENCIA QUE SE PRESENTE DURANTE EL DIA LA NOCHE Y FINES DE SEMANA-SE REALIZA ANALISIS DE CONSUMOS PARA ELABORAR EL PEDIDO GENERAL ABRIL
2	REALIZAR DOS (2) INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y EN LA BODEGA MENSUALMENTE Y LLEVAR LOS CONTROLES NECESARIOS DE INVENTARIOS	SE REALIZA AUDITORIA GESTION Y CONTROL A LOS CONTEOS SELECTIVOS DIARIOS PARA FARMACIA AMBULATORIA, FARMACIA HOSPITALARIA-Y LAS TARJETAS KARDEX DE BODEGA CON EL FIN DE VERIFICAR LA INFORMACION REGISTRADA, CUBRIENDO EL 100% DE LAS EXISTENCIAS DURANTE EL MES- SE ELABORAN HERRAMIENTAS DE CONTROL QUE PERMITEN REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LA FARMACIA HOSPITALARIA , SE REALIZA LA GESTION PARA DAR ROTACION A MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PROXIMOS A VENCER O CON BAJA ROTACIÓN ENVIANDO CORREOS ELECTRONICOS MENSAJES DE WEATSAP Y LLAMADAS A LAS DIFERENTES FARMACIAS Y ALMACENES
3	DILIGENCIAR LOS INFORMES MENSUALES DE LOS MOVIMIENTOS EN LA FARMACIA Y ENTREGA DE INDICADORES	INDICADORES DE GESTION, SE REALIZA LLAMADAS O SE ENVIA MENSAJES DE TEXTO A USUARIOS CON MEDICAMENTOS PENDIENTES PARA GESTIONAR LA ENTREGA DE LOS MISMOS Y REDUCIR EL INDICADORES DE PENDIENTES, SE REALIZA CONTROL SOBRE LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS INFORMES SEMANALES Y MENSUALES COMO PENDIENTES-SE REALIZA INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL , Y DEMA QUE SOLICITEN DURANTE EL MES.
4	CONTROLAR Y REGISTRAR DIARIAMENTE EN EL LIBRO DE MOVIMIENTOS GENERADOS POR LAS FORMULAS DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL	SE REALIZA AUDITORIA DIARIA DE LAS FORMULAS, MEDICAMENTOS Y REGISTROS DEL LIBRO DE MCE
5	APOYAR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA SUBRED.	NOTIFICACION DE EVENTOS O INCIDENTES RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS SI SE LLEGAN A PRESENTAR- CAPACITACION EN EL USO DEL APLICATIVO DE LA INTRANET PARA REALIZAR REPORTES
6	VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CALIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.	SE REALIZA REUNION CON EL PERSONAL PARA RETROALIMENTARLOS SOBRE EL BUEN TRATO HACIA LOS USUARIOS- SOBRE EL APOYO QUE SE LES DEBE BRINDAR Y SOBRE LAS BARRERAS QUE NO DEBEMOS PONER EN FARMACIA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.
7	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL	SE CUMPLE CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED SEGÚN MANUALES
8	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 DEMAS, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED, DANDO COBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE REQUIERA EL PROCESO	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA
9	REALIZAR LA ACTIVACIÓN DE USUARIOS EN EL APLICATIVO DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGÚN SE LE ASIGNE.	SE REALIZARA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
10	REALIZAR EL ENVIO DE LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL PROCESO AL AREA DE AUTORIZACIONES PARA SER ENVIADOS A LA ENTIDAD ASEGURADORA DEL USUARIO, DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS PARA EL REGIMEN SUBSIDIADO Y SOLICITUD DE MIPRES PARA REGIMEN CONTRIBUTIVO

Red 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-GI-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

11	LLEVAR EL 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 INSTITUCIÓN Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO.	SE REGISTRAN TODAS LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES COMO EVIDENCIA DE LA GESTION REALIZADA SEGÚN LOS FORMATOS DE LA SUBRED PARA EL CONTROL DE INVENTARIOS, FECHAS DE VENCIMIENTO, SOLICITUDES DE INVENTARIOS, INSUMOS CRITICOS, ACTAS DE REUNION Y DE CAPACITACIONES, LISTAS DE CHEQUEO PARA RECEPCION DE INSUMOS INFORMES DE CONTROL, ENTRE OTROS
12	PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A LAS DEVOLUCIONES U OBJECIONES QUE ESTABLEZCAN LAS ENTIDADES ASEGURADORAS	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
13	PORTAR EL UNIFORME DE MANERA ADECUADA Y DECOROSA	ME PRESENTO DE MENERA ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE MIS FUNCIONES
14	PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.	PORTO EL CARNET DE LA INSTITUCION SIEMPRE A LA VISTA
15	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	CUMPLO CON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DENTRO DEL LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
16	EN CASO DE PRESENTARSE NOVEDADES, INFORMAR CON ANTICIPACION DICHA SITUACION PARA LA PROVISIÓN DEL RESPECTIVO REEMPLAZO.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
17	ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR, ANEXANDO LA PLANILLA DE PAGO DEL PERSONAL VINCULADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO LOS APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEBERÁN COMPRENDER SALUD, PENSIÓN Y ARL. PARÁGRAFO	SE REALIZA PAGO DE LOS APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SE ENTREGA SOPORTE ANEXO A LA CUENTA DE COBRO DE CADA MES.

Observaciones:

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. 1.006.2[illegible] BOGOTA

RECIBIDO FARMACIA
Firma:
C.C. 1006[illegible]00
rdanielksast@gmail.com

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	INGRID PAOLA BARRERA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006943600	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO		KR 136C # 152- 20 APTO 101	4614449	danielcasast@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	I	27/03/2018	26492026	$300.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	118.800	0		0		0	25	2.400	0	121.200	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-6	152.000	0	0	0	0	25	3.100	0	155.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	23.200				23.200	25	500	23.700			232	23.700	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	118.800	121.200
Pensión	1	152.000	155.100
Riesgos Laborales	1	23.200	23.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	294.000	300.000

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1006943600	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO		KR 136C # 153- 28 APTO 101	4814449	danielcasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	1	27/03/2018	264592028	5300 000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006943600	CASAS TELLO DANIEL EDUARDO	10	0			N							X									230301	950.000	152.000	0	0	0	0	EPS008	950.000	118.800	14-7	950.000	3	23.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	PS-1916-2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO
				Unidad a la que pertenece:	JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista: DANIEL EDUARDO CASAS TELLO **C.C.** 1.006.943.600 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.873.020,00 **Valor a cobrar:** $ 1.903.230,00

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.319.170,00	2034	2018-06-10	2018-07-09
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.601.130,00	$ 252.800,00	26429687
2	FEBRERO	$ 2.014.000,00	$ 252.400,00	25009772
3	MARZO	$ 2.268.750,00	$ 300.000,00	26492026
4	ABRIL	$ 1.993.860,00	$ 252.000,00	8326328237
5	MAYO	$ 1.903.230,00	$ 248.500,00	27391379
6				
7				
8				
9				
10				
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
$ 10.875.600,00	$ 12.194.770,00	$ 9.777.970,00	$ 2.416.800,00

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 REGENTE DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION 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:** 2018-05-01 **Hasta:** 2018-05-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las subrayadas en la primera)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	SOLICITAR, RECEPCIONAR, ORGANIZAR, CONTROLAR VIGILAR Y VELAR POR LA LA DISPOSICION DE LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS PARA EL CONSUMO MENSUAL DE LOS MISMOS USUARIOS, MANTENIENDO UN SUMINISTRO ADECUADO DENTRO DE LA ENTIDAD	SE REALIZA CONSULTA DIARIA DE INVENTARIO Y KARDEX , TENIENDO EN CUENTA LA ROTACION MENSUAL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA SOLICITAR CONTROLAR Y VELAR POR TENER LAS EXISTENCIAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, SE REALIZA LA SOLICITUD VIA CORREO, TELEFONICA Y CHAT DE LOS INSUMOS QUE NO TENGAN EXISTENCIAS O ESTAS SEAN MINIMAS A LAS UNIDADES QUE EN LA FECHA TENGAN EXISTENCIAS SEGUN LA PLATAFORMA DINAMICA GERENCIAL - DISPONIBILIDAD TOTAL DENTRO Y FUERA DE LA SUBRED PARA SOLUCIONAR CUALQUIER CONTINGENCIA QUE SE PRESENTE DURANTE EL DIA LA NOCHE Y FINES DE SEMANA-SE REALIZA ANALISIS DE CONSUMOS PARA ELABORAR EL PEDIDO GENERAL MAYO
2	REALIZAR DOS (2) INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y EN LA BODEGA MENSUALMENTE Y LLEVAR LOS CONTROLES NECESARIOS DE INVENTARIOS	SE REALIZA AUDITORIA GESTION Y CONTROL A LOS CONTEOS SELECTIVOS DIARIOS PARA FARMACIA AMBULATORIA, FARMACIA HOSPITALARIA-Y LAS TARJETAS KARDEX DE BODEGA CON EL FIN DE VERIFICAR LA INFORMACION REGISTRADA, CUBRIENDO EL 100%- DE LAS EXISTENCIAS DURANTE EL MES- SE ELABORAN HERRAMIENTAS DE CONTROL QUE PERMITEN REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LA FARMACIA HOSPITALARIA , SE REALIZA LA GESTION PARA DAR ROTACION A MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PROXIMOS A VENCER O CON BAJA ROTACION ENVIANDO CORREOS ELECTRONICOS MENSAJES DE WHATSAP Y LLAMADAS A LAS DIFERENTES FARMACIAS Y ALMACENES
3	DILIGENCIAR LOS INFORMES MENSUALES DE LOS MOVIMIENTOS EN LA FARMACIA Y ENTREGA DE INDICADORES	INDICADORES DE GESTION, SE REALIZA LLAMADAS O SE ENVIA MENSAJES DE TEXTO A USUARIOS CON MEDICAMENTOS PENDIENTES PARA GESTIONAR LA ENTREGA DE LOS MISMOS Y REDUCIR EL INDICADORES DE PENDIENTES. SE REALIZA CONTROL SOBRE LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS INFORMES SEMANALES Y MENSUALES COMO PENDIENTES-SE REALIZA INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL, Y DEMA QUE SOLICITEN DUARANTE EL MES
4	CONTROLAR Y REGISTRAR DIARIAMENTE EN EL LIBRO DE MOVIMIENTOS GENERADOS POR LAS FORMULAS DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL	SE REALIZA AUDITORIA DIARIA DE LAS FORMULAS, MEDICAMENTOS Y REGISTROS DEL LIBRO DE MCE
5	APOYAR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA SUBRED.	NOTIFICACION DE EVENTOS O INCIDENTES RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS SI SE LLEGAN A PRESENTAR- CAPACITACION EN EL USO DEL APLICATIVO DE LA INTRANET PARA REALIZAR REPORTES
6	VELAR PORQUE LA ATENCION SEA HUMANA, EFICAZ, CALIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.	SE REALIZA REUNION CON EL PERSONAL PARA RETROALIMENTARLOS SOBRE EL BUEN TRATO HACIA LOS USUARIOS- SOBRE EL APOYO QUE SE LES DEBE BRINDAR Y SOBRE LAS BARRERAS QUE NO DEBEMOS PONER EN FARMACIA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO- ADEMAS A ELLO SE REALIZA CAPACITACION SOBRE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL- LAVADO DE MANOS- MIPRES-TRABAJO EN EQUIPO- MEDICAMENTOS PENDIENTES RUVEM ENTRE OTRAS.
7	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD. SALUD OCUPACIONAL Y GESTION AMBIENTAL.	SE CUMPLE CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED SEGUN MANUALES- SE REALIZA CAPACITACION PARA TODO EL PERSONAL DE FARMACIA
8	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 ATENCION PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED, DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE REQUIERA EL PROCESO	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA
9	REALIZAR LA ACTIVACION DE USUARIOS EN EL APLICATIVO DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGÚN SE LE ASIGNE.	SE REALIZARA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR

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

10	REALIZAR EL ENVIO 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	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS PARA EL REGIMEN SUBSIDIADO Y SOLICITUD DE MIPRES PARA REGIMEN CONTRIBUTIVO
11	LLEVAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUE SE LE ASIGNEN, SEGUN LOS FORMATOS O BASES DE DATOS DEL PROCESO, ASÍ COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO	SE REGISTRAN TODAS LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES COMO EVIDENCIA DE LA GESTION REALIZADA SEGÚN LOS FORMATOS DE LA SUBRED PARA EL CONTROL DE INVENTARIOS, FECHAS DE VENCIMIENTO, SOBRESTOCK DE INVENTARIOS, INSUMOS CRITICOS, ACTAS DE REUNION Y DE CAPACITACIONES, LISTAS DE CHEQUEO PARA RECEPCION DE INSUMOS INFORMES DE CONTROL., LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS A CARROS DE PARO, FORMATOS RUVEM, ENTRE OTROS.
12	PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A LAS DEVOLUCIONES U OBJECIONES QUE ESTABLEZCAN LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
13	PORTAR EL UNIFORME DE MANERA ADECUADA Y DECOROSA	ME PRESENTO DE MENERA ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE MIS FUNCIONES
14	PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.	PORTO EL CARNET DE LA INSTITUCION SIEMPRE A LA VISTA
15	CUMPLIR LA PROGRAMACION DE TURNOS DE SERVICIOS, REALIZAR EL CAMBIO DE TURNO CUMPLIENDO CON LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR LA ENTIDAD, DE ACUERDO CON EL OBJETO DEL CONTRATO	CUMPLO CON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DENTRO DEL LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.
16	EN CASO DE PRESENTARSE NOVEDADES, INFORMAR CON ANTICIPACIÓN DICHA SITUACIÓN PARA LA PROVISIÓN DEL RESPECTIVO REEMPLAZO.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
17	ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR, ANEXANDO LA PLANILLA DE PAGO DEL PERSONAL VINCULADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO LOS APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEBERÁN COMPRENDER SALUD, PENSIÓN Y ARL, PARAGRAFO	SE REALIZA PAGO DE LOS APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SE ENTREGA SOPORTE ANEXO A LA CUENTA DE COBRO DE CADA MES.

Observaciones:

Se anexa certificacion 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. 1.006.943.600 BOGOTA

REGENTE DE FARMACIA
Daniel Eduardo Casas Tello
C.C. 1006943600
danielksast@gmail.com

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JOHANA MARCELA SARMIENTO RINCON
CARGO:	QUIMICA FARMACEUTICA
FIRMA	Johanas.

Johana Sarmiento R
Química Farmacéutica
C.C.: 1.032.402.990
farmaciajeg.qs@gmail.com

compensar miplanilla.co

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006943609	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO	KR 136C # 153- 20 APTO 101	4814449	danielkeast@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	07/05/2018	27391379	$248.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	100.000	0		0		0	4	400	0	100.400	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	128.000	0	0	0	0	4	500	0	128.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	19.500				19.500	4	100	19.600			195	19.600	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	100.000	100.400
Pensión	1	128.000	128.500
Riesgos Laborales	1	19.500	19.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	247.500	248.500

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

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006943600	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO	KR 136C # 153- 20 APTO 101	4614449	danieksast@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	07/05/2018	27391379	$248.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Cot. Estudiante	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006943600	CASAS TELLO DANIEL EDUARDO	59	0			N																230301	600.000	125.000	0	0	0	0	EPS038	600.000	100.000	14-7	600.000	3	19.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	PS-1916-2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
				Unidad a la que pertenece:	JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista: DANIEL EDUARDO CASAS TELLO **C.C.** 1.006.943.600 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.873.020,00 **Valor a cobrar:** $ 1.873.020,00

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.319.170,00	2034	2018-06-10	2018-07-09
2	$ 2.034.140,00	2422	2018-07-10	2018-08-09
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.601.130,00	$ 252.800,00	24429687
2	FEBRERO	$ 2.014.000,00	$ 252.400,00	25009772
3	MARZO	$ 2.265.750,00	$ 300.000,00	26492026
4	ABRIL	$ 1.993.860,00	$ 252.000,00	8326328237
5	MAYO	$ 1.903.230,00	$ 248.500,00	27391379
6	JUNIO	$ 1.873.020,00	$ 25.900,00	27671166
7				
8				
9				
10				
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
$ 10.875.600,00	$ 14.228.910,00	$ 11.650.990,00	$ 2.577.920,00

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 REGENTE 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:** 2018-06-01 **Hasta:** 2018-06-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las asignadas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	SOLICITAR, RECEPCIONAR, ORGANIZAR, CONTROLAR VIGILAR Y VELAR POR LA LA DISPOSICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS PARA EL CONSUMO MENSUAL DE LOS MISMOS USUARIOS, MANTENIENDO UN SUMINISTRO ADECUADO DENTRO DE LA ENTIDAD	SE REALIZA CONSULTA DIARIA DE INVENTARIO Y KARDEX , TENIENDO EN CUENTA LA ROTACION MENSUAL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA SOLICITAR CONTROLAR Y VELAR POR TENER LAS EXISTENCIAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, SE REALIZA LA SOLICITUD VIA CORREO, TELEFONICA Y CHAT DE LOS INSUMOS QUE NO TENGAN EXISTENCIAS O ESTAS SEAN MINIMAS A LAS UNIDADES QUE EN LA FECHA TENGAN EXISTENCIAS SEGUN LA PLATAFORMA DINAMICA GERENCIAL - DISPONIBILIDAD TOTAL. DENTRO Y FUERA DE LA SUBRED PARA SOLUCIONAR CUALQUIER CONTINGENCIA QUE SE PRESENTE DURANTE EL DIA LA NOCHE Y FINES DE SEMANA-SE REALIZA ANALISIS DE CONSUMOS PARA ELABORAR EL PEDIDO GENERAL JUNIO
2	REALIZAR DOS (2) INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y EN LA BODEGA MENSUALMENTE Y LLEVAR LOS CONTROLES NECESARIOS DE INVENTARIOS	SE REALIZA AUDITORIA GESTION Y CONTROL A LOS CONTEOS SELECTIVOS DIARIOS PARA FARMACIA AMBULATORIA, FARMACIA HOSPITALARIA-Y LAS TARJETAS KARDEX DE BODEGA CON EL FIN DE VERIFICAR LA INFORMACION REGISTRADA, CUBRIENDO EL 100% DE LAS EXISTENCIAS DURANTE EL MES- SE ELABORAN HERRAMIENTAS DE CONTROL QUE PERMITEN REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LA FARMACIA HOSPITALARIA , SE REALIZA LA GESTION PARA DAR ROTACION A MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PROXIMOS A VENCER O CON BAJA ROTACION ENVIANDO CORREOS ELECTRONICOS MENSAJES DE WHATSAP Y LLAMADAS A LAS DIFERENTES FARMACIAS Y ALMACENES
3	DILIGENCIAR LOS INFORMES MENSUALES DE LOS MOVIMIENTOS EN LA FARMACIA Y ENTREGA DE INDICADORES	INDICADORES DE GESTION, SE REALIZA LLAMADAS O SE ENVIA MENSAJES DE TEXTO A USUARIOS CON MEDICAMENTOS PENDIENTES PARA GESTIONAR LA ENTREGA DE LOS MISMOS Y REDUCIR EL INDICADORES DE PENDIENTES, SE REALIZA CONTROL SOBRE LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS INFORMES SEMANALES Y MENSUALES COMO PENDIENTES-SE REALIZA INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL. Y DEMAS QUE SOLICITEN DUARANTE EL MES.
4	CONTROLAR Y REGISTRAR DIARIAMENTE EN EL LIBRO DE MOVIMIENTOS GENERADOS POR LAS FÓRMULAS DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL.	SE REALIZA AUDITORIA DIARIA DE LAS FORMULAS, MEDICAMENTOS Y REGISTROS DEL LIBRO DE MCE
5	APOYAR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA SUBRED.	NOTIFICACION DE EVENTOS O INCIDENTES RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS SI SE LLEGAN A PRESENTAR- CAPACITACION EN EL USO DEL APLICATIVO DE LA INTRANET PARA REALIZAR REPORTES
6	VELAR PORQUE LA ATENCION SEA HUMANA, EFICAZ, CÁLIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.	SE REALIZA REUNION CON EL PERSONAL PARA RETROALIMENTARLOS SOBRE EL BUEN TRATO HACIA LOS USUARIOS- SOBRE EL APOYO QUE SE LES DEBE BRINDAR Y SOBRE LAS BARRERAS QUE NO DEBEMOS PONER EN FARMACIA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO- ADEMAS A ELLO SE REALIZA CAPACITACION SOBRE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL- LAVADO DE MANOS- MIPRES-TRABAJO EN EQUIPO- MEDICAMENTOS PENDIENTES RUVEM ENTRE OTRAS.
7	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL.	SE CUMPLE CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED SEGÚN MANUALES- SE REALIZA CAPACITACION PARA TODO EL PERSONAL DE FARMACIA
8	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 REQUIERA EL PROCESO.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA
9	REALIZAR LA ACTIVACIÓN DE USUARIOS EN EL APLICATIVO DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGÚN SE LE ASIGNE.	SE REALIZARA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR

10	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.	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS PARA EL REGIMEN SUBSIDIADO Y SOLICITUD DE MIPRES PARA REGIMEN CONTRIBUTIVO
11	LLEVAR EL 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 INSTITUCIÓN Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO.	SE REGISTRAN TODAS LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES COMO EVIDENCIA DE LA GESTION REALIZADA SEGÚN LOS FORMATOS DE LA SUBRED PARA EL CONTROL DE INVENTARIOS, FECHAS DE VENCIMIENTO, SOBRESTOCK DE INVENTARIOS, INSUMOS CRITICOS, ACTAS DE REUNION Y DE CAPACITACIONES, LISTAS DE CHEQUEO PARA RECEPCION DE INSUMOS INFORMES DE CONTROL, LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS A CARROS DE PARO, FORMATOS RUVEM. ENTRE OTROS.
12	PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A LAS DEVOLUCIONES U OBJECIONES QUE ESTABLEZCAN LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
13	PORTAR EL UNIFORME DE MANERA ADECUADA Y DECOROSA	ME PRESENTO DE MENERA ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE MIS FUNCIONES
14	PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.	PORTO EL CARNET DE LA INSTITUCION SIEMPRE A LA VISTA
15	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	CUMPLO CON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DENTRO DEL LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
16	EN CASO DE PRESENTARSE NOVEDADES, INFORMAR CON ANTICIPACIÓN DICHA SITUACIÓN PARA LA PROVISIÓN DEL RESPECTIVO REEMPLAZO.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
17	ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR, ANEXANDO LA PLANILLA DE PAGO DEL PERSONAL VINCULADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO LOS APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEBERÁN COMPRENDER SALUD, PENSIÓN Y ARL. PARAGRAFO	SE REALIZA PAGO DE LOS APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SE ENTREGA SOPORTE ANEXO A LA CUENTA DE COBRO DE CADA MES.

Observaciones:

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. 1.006.943.600 BOGOTA

REGENTE DE FARMACIA
Daniel Eduardo Cortes Avila
C.C. 1006943600
rfdanielfksas@gmail.com

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JOHANA MARCELA SARMIENTO RINCON
CARGO:	QUIMICA FARMACEUTICA
FIRMA	Johana S.

compensar | miplanilla.co

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006943600	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO	KR 136C # 153- 20 APTO 101	4614449	danielksast@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD			2018/06/22		346783142
MES	AÑO	MES	AÑO				
6	2018	6	2018	1	22/06/2018	27871166	$250.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	100.000	0		0		0	17	1.400	0	101.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	128.000	0	0	0	0	17	1.700	0	129.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	19.500				19.500	17	300	19.800			195	19.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	100.000	101.400
Pensión	1	128.000	129.700
Riesgos Laborales	1	19.500	19.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	247.500	250.900

COPIA
27871166

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006943600	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO		KR 136C # 153- 20 APTO 101	4614449	danielksas1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
6	2018	6	2018	I	22/06/2018	27671166	$250.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombia residente	Exonerado	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006943600	CASAS TELLO DANIEL EDUARDO	59	0			N																230301	800,000	128,000	0	0	0	0	EPS008	800,000	100,000	14-7	800,000	3	19,500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	PS-1916-2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
				Unidad a la que pertenece:	JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista:	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO	**C.C.**	1.066.943.600	**de:**	BOGOTA		
Fecha Inicio:	2018-01-09	**Fecha Terminación inicial:**	2018-06-09	**Valor Mensual:**	$ 1.873.020,00	**Valor a cobrar:**	$ 543.780,00

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.319.170,00	2034	2018-06-10	2018-07-09
2	$ 2.034.140,00	2422	2018-07-10	2018-08-09
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.601.130,00	$ 252.800,00	24429687
2	FEBRERO	$ 2.014.000,00	$ 252.400,00	25009772
3	MARZO	$ 2.263.750,00	$ 300.000,00	26492026
4	ABRIL	$ 1.993.860,00	$ 252.000,00	8326328237
5	MAYO	$ 1.903.230,00	$ 248.500,00	27391379
6	JUNIO	$ 1.873.020,00	$ 251.900,00	27671166
7	JULIO	$ 543.780,00	$ 241.800,00	8328294048
8				
9				
10				
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
	$ 10.875.600,00	$ 14.228.910,00	$ 12.194.770,00	$ 2.034.140,00

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 REGENTE 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:** 2018-07-01 **Hasta:** 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	SOLICITAR, RECEPCIONAR, ORGANIZAR, CONTROLAR VIGILAR Y VELAR POR LA LA DISPOSICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS PARA EL CONSUMO MENSUAL, DE LOS MISMOS USUARIOS, MANTENIENDO UN SUMINISTRO ADECUADO DENTRO DE LA ENTIDAD	SE REALIZA CONSULTA DIARIA DE INVENTARIO Y KARDEX , TENIENDO EN CUENTA LA ROTACION MENSUAL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA SOLICITAR CONTROLAR Y VELAR POR TENER LAS EXISTENCIAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, SE REALIZA LA SOLICITUD VIA CORREO, TELEFONICA Y CHAT DE LOS INSUMOS QUE NO TENGAN EXISTENCIAS O ESTAS SEAN MINIMAS A LAS UNIDADES QUE EN LA FECHA TENGAN EXISTENCIAS SEGUN LA PLATAFORMA DINAMICA GERENCIAL - DISPONIBILIDAD TOTAL DENTRO Y FUERA DE LA SUBRED PARA SOLUCIONAR CUALQUIER CONTINGENCIA QUE SE PRESENTE DURANTE EL DIA LA NOCHE Y FINES DE SEMANA-SE REALIZA ANALISIS DE CONSUMOS PARA ELABORAR EL PEDIDO GENERAL DE MEDICAMENTOS JULIO
2	REALIZAR DOS (2) INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y EN LA BODEGA MENSUALMENTE Y LLEVAR LOS CONTROLES NECESARIOS DE INVENTARIOS	SE REALIZA AUDITORIA GESTION Y CONTROL A LOS CONTEOS SELECTIVOS DIARIOS PARA FARMACIA AMBULATORIA, FARMACIA HOSPITALARIA-Y LAS TARJETAS KARDEX DE BODEGA CON EL FIN DE VERIFICAR LA INFORMACION REGISTRADA, CUBRIENDO EL 100% DE LAS EXISTENCIAS DURANTE EL MES- SE ELABORAN HERRAMIENTAS DE CONTROL QUE PERMITEN REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LA FARMACIA HOSPITALARIA , SE REALIZA LA GESTION PARA DAR ROTACION A MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PROXIMOS A VENCER O CON BAJA ROTACION ENVIANDO CORREOS ELECTRONICOS MENSAJES DE WHATSAP Y LLAMADAS A LAS DIFERENTES FARMACIAS Y ALMACENES
3	DILIGENCIAR LOS INFORMES MENSUALES DE LOS MOVIMIENTOS EN LA FARMACIA Y ENTREGA DE INDICADORES	INDICADORES DE GESTION, SE REALIZA LLAMADAS O SE ENVIA MENSAJES DE TEXTO A USUARIOS CON MEDICAMENTOS PENDIENTES PARA GESTIONAR LA ENTREGA DE LOS MISMOS Y REDUCIR EL INDICADORES DE PENDIENTES, SE REALIZA CONTROL SOBRE LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS INFORMES SEMANALES Y MENSUALES COMO PENDIENTES-SE REALIZA INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL.. Y DEMAS QUE SOLICITEN DUARANTE EL MES.
4	CONTROLAR Y REGISTRAR DIARIAMENTE EN EL LIBRO DE MOVIMIENTOS GENERADOS POR LAS FÓRMULAS DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL	SE REALIZA AUDITORIA DIARIA DE LAS FORMULAS, MEDICAMENTOS Y REGISTROS DEL LIBRO DE MCE
5	APOYAR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA SUBRED.	NOTIFICACION DE EVENTOS O INCIDENTES RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS SI SE LLEGAN A PRESENTAR- CAPACITACION EN EL USO DEL APLICATIVO DE LA INTRANET PARA REALIZAR REPORTES
6	VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CÁLIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.	SE REALIZA REUNION CON EL PERSONAL PARA RETROALIMENTARLOS SOBRE EL BUEN TRATO HACIA LOS USUARIOS- SOBRE EL APOYO QUE SE LES DEBE BRINDAR Y SOBRE LAS BARRERAS QUE NO DEBEMOS PONER EN FARMACIA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO- ADEMAS A ELLO SE REALIZA CAPACITACION SOBRE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL- LAVADO DE MANOS- MIPRES-TRABAJO EN EQUIPO- MEDICAMENTOS PENDIENTES RUVEM ENTRE OTRAS.
7	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL.	SE CUMPLE CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED SEGÚN MANUALES- SE REALIZA CAPACITACION PARA TODO EL PERSONAL DE FARMACIA
8	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 REQUIERA EL PROCESO.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA
9	REALIZAR LA ACTIVACIÓN DE USUARIOS EN EL APLICATIVO DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGÚN SE LE ASIGNE.	SE REALIZARA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR

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

10	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.	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS PARA EL REGIMEN SUBSIDIADO Y SOLICITUD DE MIPRES PARA REGIMEN CONTRIBUTIVO
11	LLEVAR EL 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 INSTITUCIÓN Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO.	SE REGISTRAN TODAS LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES COMO EVIDENCIA DE LA GESTION REALIZADA SEGÚN LOS FORMATOS DE LA SUBRED PARA EL CONTROL DE INVENTARIOS, FECHAS DE VENCIMIENTO, SOBRESTOCK DE INVENTARIOS, INSUMOS CRITICOS, ACTAS DE REUNION Y DE CAPACITACIONES, LISTAS DE CHEQUEO PARA RECEPCION DE INSUMOS INFORMES DE CONTROL, LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS A CARROS DE PARO, FORMATOS RUVEM, ENTRE OTROS.
12	PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A LAS DEVOLUCIONES U OBJECIONES QUE ESTABLEZCAN LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
13	PORTAR EL UNIFORME DE MANERA ADECUADA Y DECOROSA	ME PRESENTO DE MENERA ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE MIS FUNCIONES
14	PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.	PORTO EL CARNET DE LA INSTITUCION SIEMPRE A LA VISTA
15	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	CUMPLO CON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DENTRO DEL, LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.
16	EN CASO DE PRESENTARSE NOVEDADES, INFORMAR CON ANTICIPACIÓN DICHA SITUACIÓN PARA LA PROVISIÓN DEL RESPECTIVO REEMPLAZO.	SE REALIZA EN EL MOMENTO QUE SE LLEGUE A PRESENTAR
17	ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR, ANEXANDO LA PLANILLA DE PAGO DEL PERSONAL VINCULADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO LOS APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEBERÁN COMPRENDER SALUD, PENSIÓN Y ARL. PARÁGRAFO	SE REALIZA PAGO DE LOS APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SE ENTREGA SOPORTE ANEXO A LA CUENTA DE COBRO DE CADA MES.

Observaciones:	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. 1.006.943.600 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JOHANA MARCELA SARMIENTO RINCON
CARGO:	QUIMICA FARMACEUTICA
FIRMA	JohanaS

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006943600	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO		KR 136C # 153- 20 APTO 101	4614449	danielksasl@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
6	2018	6	2018	I	22/06/2018	27671166	$259.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	100.000	0		0		0	17	1.400	0	101.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	128.000	0	0	0	0	17	1.700	0	129.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	19.500				19.500	17	300	19.800			195	19.800	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	100.000	101.400
Pensión	1	128.000	129.700
Riesgos Laborales	1	19.500	19.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	247.500	250.900

PAGADA
27671166

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006943600	DANIEL EDUARDO CASAS TELLO		KR 136C # 153- 20 APTO 101	4614449	danielksast@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
6	2018	6	2018	I	22/06/2018	27671166	$250.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Asistiex	Extranjero	Cotizante residente	Exonerado	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006943600	CASAS TELLO DANIEL EDUARDO	59	0			N																23301	600.000	128.000	0	0	0	0	EPS008	800.000	100.000	14-7	600.000	3	19.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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