

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
			Fecha de aprobación	15/02/2018	
			Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				DAVID LEONARDO GONGORA LEAL											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1032402798						
CORREO ELECTRONICO:				dlgongoral@gmail.com				CELULAR:		3214582732					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FONTIBON							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FARMACIA				SEDE:		CAMI II					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO03M05	100													
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				488412349604				PENSIONADO		No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2069-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3				
NÚMERO DE CDP	29	FECHA	08/01/2020	NÚMERO DE CRP	14226	FECHA	31/01/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO APOYO EN LOS PROCESOS FARMACEUTICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL CAMI II SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E O DONDE SEAN REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR DE LA ORDEN.								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
				1	4	2020		30	4	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				VALOR HORA		\$23.997				
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%						

HORAS REALIZADAS MES ABRIL: 175 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$13.390.326
VALOR EJECUTADO	\$12.862.392
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$4.199.475
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$527.934
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2'194.508, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
41836801	\$1.679.790,00	\$209.974	\$268.766	3	\$40.920	\$519.660

Dado en Bogotá a los () días del mes de ABRIL del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ DARY TERAN MERCADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR.

DAVID LEONARDO GONGORA LEAL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión		2	
Fecha de aprobación		03/04/2017			
Código		04-02-FO-0003			

Ubicación del Servicio:		Sede:									
No. DE CONTRATO:		2069-2020		Período certificado desde el		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
						1	4	2.020	30	4	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DAVID LEONARDO GONGORA LEAL									
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como QUIMICA FARMACEUTICA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente		C. C. 1032402798 DE BOGOTA									
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ☒ NO ____											
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS			
1. REALIZAR ASESORIA FARMACOLOGICA HOSPITALARIA Y AMBULATORIA		SI		SE REALIZÓ ASESORIA FARMACOLOGICA HOSPITALARIA Y AMBULATORIA CON PACIENTES DEL CLUB DE CRÓNICOS				ARCHIVO DE ASESORIA FARMACOLOGICA			
2. GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS MISIONALES DEL SERVICIO FARMACEUTICO		SI		SE GARANTIZÓ EL APOYO FARMACOLÓGICO EN EL CICLO DEL MEDICAMENTO EN LA GESTIÓN DEL RIESGO CON EL SEGUIMIENTO EN LA ASESORIA FARMACOLÓGICA				REGISTROS EN HISTORIA CLINICA			
3. ELABORAR EL PLAN DE COMPRAS DE MEDICAMENTOS Y ELEMENTOS MEDICOFARMACÉUTICOS		SI		SE REALIZARON LOS REPORTES DE FARMACOVIGILANCIA REQUERIDOS PARA REPORTES DE REACCIONES ADVERSAS, FALLAS TERAPÉUTICAS O SIMILARES.				SOCIALIZACION EN LIBRO DE FARMACOVIGILANCIA			
4. REALIZAR AUDITORIA DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEL SERVICIO		SI		SE REALIZARON RONDAS SEMANALES DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOLÓGICA, ATENCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS REPORTADOS. SE REALIZA CAPACITACIÓN A PERSONAL DE ENFERMERÍA DE USO SEGURO Y RACIONAL DE MEDICAMENTOS, Y A PERSONAL MÉDICO EN CONCIENCIA DE MEDICAMENTOS.				LIBRO Y ACTAS DE FARMACOVIGILANCIA			
5. PROPENDER POR LA ADHERENCIA DE LOS PROCESOS DEL PERSONAL DE FARMACIA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD		SI		SE ATENDIERON LOS REPORTES DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOLÓGICA GENERADOS POR PERSONAL DEL SERVICIO FARMACEÚTICO.				LIBRO DE FARMACOVIGILANCIA			
6. GARANTIZAR LA RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS SOLICITADOS POR LA COORDINACIÓN Y/O ÁREAS INSTITUCIONALES		SI		SE REALIZÓ OPORTUNAMENTE ATENCIÓN, NOTIFICACIÓN, ANÁLISIS E INTERVENCIONES TANTO FARMACEÚTICAS COMO TÉCNICAS (ASESORÍA POR PARTE DE PROVEEDORES) FRENTE A LOS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICOS.				REGISTROS EN HISTORIA CLINICA			
7. ELABORAR LOS INFORMES REQUERIDOS POR EL HOSPITAL Y LOS ENTES DE CONTROL		SI		SE REALIZA NOTIFICACIÓN SEMANAL DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS EN RONDAS ASISTENCIALES.				POR MEDIO DEL CORREO ELECTRONICO			
8. Propender por las buenas relaciones y trabajo en equipo con todo el personal.		SI		SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO DE DISTINTOS ESPECIALISTAS EN CUANTO A ASESORIAS EN EL USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS.				SOPORTE DE ACTA			
9. GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO DE LOS MEDICAMENTOS Y ELEMENTOS MEDICOFARMACÉUTICOS		SI		SE VERIFICAN ERRORES DE DISPENSACIÓN REPORTADOS O IDENTIFICADOS PARA SU ANALISIS, GESTION Y SEGUIMIENTO				RONDA ADMINISTRATIVA			
10. PARTICIPAR EN LA ENTREGA ADMINISTRATIVA DE TURNO		SI		SE VERIFICÓ Y SE REALIZÓ ASESORIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN CASOS DE PACIENTES CRÓNICOS.				HISTORIA V			
11. TODAS LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DE LA ORDEN Y SEAN AFINES AL DESARROLLO DEL OBJETO DE LA ORDEN		SI		SE REALIZARON RONDAS DE AUDITORIA DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN OBSERVACIÓN. SE REALIZARON RONDAS DE MEDICAMENTOS, REALIZANDO RETROALIMENTACIÓN DE HALLAZGOS CON PERSONAL DE ENFERMERIA.				REGISTROS EN HISTORIA CLINICA			
12. EJERCER LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DE LA ORDEN QUE SEAN AFINES A SU PERFIL		SI		SE REALIZÓ RETROALIMENTACIÓN CON PERSONAL MÉDICO EN CASO DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS ENCONTRADAS. SE REALIZARON CAPACITACIONES Y RETROALIMENTACIÓN A PERSONAL DE ENFERMERÍA EN USO SEGURO Y RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y EN FICHAS TÉCNICAS PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.				REGISTROS EN HISTORIA CLINICA			
13. ALIMENTAR PERMANENTEMENTE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE ESTÁN A SU CARGO Y MANTENERLOS AL DÍA		SI		SE REALIZA ALIMENTACIÓN PERMANENTE DE BASE DE DATOS DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS ENCONTRADAS EN PACIENTES ASESORADOS PARA POSTERIOR ALIMENTACIÓN DE TABLEROS DE CONTROL. SE REALIZA REGISTRO EN HISTORIA CLINICA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTE SERVICIO FARMACEUTICO.				REGISTROS EN HISTORIA CLINICA			
14. PRESENTAR LAS EVALUACIONES TRIMESTRALES PROGRAMADAS POR EL HOSPITAL PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LOS PROCESOS DE ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO		SI		SE ENTREGA INFORME DE INDICADORES DE ASESORIA FARMACOLOGICA MENSUAL				POR MEDIO DEL CORREO ELECTRONICO			

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$4199475 (Cuatro millones ciento noventa y nueve mil cuatrocientos setenta y cinco)	
	
NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: David L. Gongora CC1032402798	
Nota: El Informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.	

[illegible]

Último ingreso exitoso: 2020-04-07 / 04:35:21 PM | Último ingreso fallido: 2020-02-13 / 01:23:36 PM

Datos	Empleados	Planillas	Documentos	Reportes	Cesantías	Pensiones Voluntarias	Salir
-------	-----------	-----------	------------	----------	-----------	-----------------------	-------

Periodo Pensión: Marzo 2020. Periodo Salud: Marzo 2020.

Abril 8 de 2020 / 2:10 PM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > [Resumen de pago](#)

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	DAVID LEONARDO GONGORA LEAL	Nit:	1032402798
Tipo planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones	Marzo 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	Marzo 2020
Número de radicación:	41836801	Total a pagar:	\$519,800
Fecha de vencimiento:	24/04/2020	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	07/04/2020	Número de administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número de aprobación:	595022593
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de Incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en Incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0.00	\$41,000
231001	800227940	Colfondos	1		\$0.00	\$268,800
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0.00	\$210,000
						\$519,800

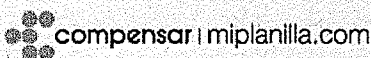
*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

[»Ver planillas pagadas](#)

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

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)[Imprimir transacción](#)<https://www.miplanilla.com/>

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.



Acercas de los certificados SSL



Powered by