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.
		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:	digongoral@gmail.com				CELULAR:	3214582732						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**FONTIBON**							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	#N/A						
CENTRO DE COSTOS:	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:	**4213-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**6 de 7**		
NÚMERO DE CDP	**924**	**FECHA**	**21/06/2021**	**NÚMERO DE CRP**	**36798**	**FECHA**	**06/30/2021**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO APOYO EN LOS PROCESOS FARMACEUTICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E O DONDE SEAN REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR DE LA ORDEN.								

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	1	7	2021	**HASTA**	31	7	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.619.682							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial							

HORAS REALIZADAS MES ABRIL: 186 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$32.337.774**
VALOR EJECUTADO	**$27.718.092**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$4.619.682**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.619.682
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	86%

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´271.315**, 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
51857075	$ 1.847.873	$ 230.984	$ 295.660	3	$ 45.014	**$ 571.658**

Dado en Bogotá a los ( ) dias del mes de JULIO del año Dos Mil Veintiuno (2021). 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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	
Fecha de aprobación	
Código:	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:			**Sede:** FONTIBÓN						
No. DE CONTRATO:	**4213-2021**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	7	2.021		31	7	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**DAVID LEONARDO GONGORA LEAL**		**C. C.**	1032402798			**DE**	BOGOTA	

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 QUIMICO FARMACEUTICO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X **NO** ____ **Servicios: SI** X **NO** ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. REALIZAR ASESORIA FARMACOLOGICA HOSPITALARIA, AMBULATORIA Y URGENCIAS	SI	SE REALIZA ASESORIA FARMACOLOGICA AMBULATORIA CON PACIENTES AGENDADOS MENSUALMENTE POR EL PROGRAMA DE CORAZON A CORAZON DE LA RUTA CARDIO-CEREBRO VASCULAR, EN EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS SE REALIZA ATENCIÓN FARMACÉUTICA DEFINIDA EN UNA POBLACION DE PACIENTES CRONICOS POLIMEDICADOS , CUYO INFORME SE REALIZA AL SUPERVISOR Y AL LIDER DE LA UNIDAD PARA POSTERIOR RETROALIMENTACIÓN	INFORMES MENSUALES (3) DE ASESORIA FARMACOLOGICA FORMATO 08-04-FO-0155, CON EL FIN DE DETECTAR INTERACCIONES FARMACOLOGICAS, REALIZAR EDUCACION DEL PACIENTE, DETECTAR PROBLEMAS DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS, REVISAR ADHERENCIA A RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA, DETERMINAR USO INAPROPIADO DE ANTIBIOTICOS, REVISAR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, DETECTAR USOS INADECUADOS DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CRONICOS Y OTROS QUEHACERES DE LA ATENCIÓN FARMACEUTICA, SE REALIZA REGISTRO EN HISTORIA CLINICA DE LOS HALLAZGOS DE ATENCION FARMACEUTICA PARA PACIENTES AMBULATORIOS A PARTIR DE LOS REGISTROS DE TEST DE HERMES Y PERFIL FARMACOTERAPEUTICO, ASI COMO ACTIVIDADES DE COMUNICACION CON LOS LIDERES AMBULATORIOS DE HALLAZGOS CLINICOS DE RELEVANCIA PARA POSTERIOR MODIFICACIÓN Y MEJORA.
2. GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS MISIONALES DEL SERVICIO FARMACEUTICO	SI	SE GARANTIZO EL APOYO FARMACOLOGICO EN EL CICLO DEL MEDICAMENTO EN LA GESTIÓN DEL RIESGO CON EL SEGUIMIENTO EN LA ASESORÍA FARMACOLÓGICA	REGISTROS EN HISTORIA CLINICA, AUDITORIA A PROFESIONALES EN SALUD A PARTIR DE LISTA DE CHEQUEO CICLO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTO EN EL AREA AMBULATORIA
	SI	SE REALIZARON LOS REPORTES DE FARMACOVIGILANCIA REQUERIDOS PARA REPORTES DE REACCIONES ADVERSAS, FALLAS TERAPEUTICAS O SIMILARES.	SOCIALIZACION DE ALERTAS RAM EN UNIDAD FONTIBON, EVIDENCIA EN ACTAS
3. REALIZAR AUDITORIA DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEL SERVICIO	SI	SE REALIZAN RONDAS SEMANALES , 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 CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA	AUDITORIA DE RECONCILIACION MEDICAMENTOSA EN HISTORIA CLINICA, REGISTRO FORMATO 08-04-FO-0155, RONDAS DE SERVICIOS, AUDITORIA DE NOVEDADES, INCONVENIENTES Y CALIDAD DEL SERVICIO FARMACEUTICO A TRAVES DE FORMATO ENVIADO POR CORREO AL SUPERVISOR
4. 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	REALIZACIÓN DE TAREAS CONCERNIENTES AL EQUIPO PRIMARIO DE MEJORA AMBULATORIA CON EL FIN DE GENERAR AVANCES EN LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL PLAN OPERATIVO DE FARMACIA	ACTAS DE ASISTENCIA A REUNIONES EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORA
5. GARANTIZAR LA RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS SOLICITADOS POR LA COORDINACION Y/O AREAS INSTITUCIONALES	SI	ASISTENCIA A REUNIONES DEL EQUIPO PRIMARIO DE MEJORA, UATS DE FARMACIA Y OTRAS SOLICITADAS.	ACTAS DE ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORA, PRESENTACIONES REALIZADAS EN TALES REUNIONES
6. ELABORAR LOS INFORMES REQUERIDOS POR EL HOSPITAL Y LOS ENTES DE CONTROL	SI	SE REALIZA NOTIFICACIÓN SEMANAL DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS EN RONDAS ASISTENCIALES, ENTREGA DE INFORMES MENSUALE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y ELABORACIÓN DE INFORMES SOLICITADOS POR EQUIPO PRIMARIO AMBULATORIO DE MEJORAMIENTO,	POR MEDIO DEL CORREO ELECTRONICO MENSUALMENTE A SUPERVISOR
7. Propender por las buenas relaciones y trabajo en equipo con todo el personal.	SI	GENERAR UN AMBIENTE SANO DE CONVIVENCIA CON PARES E INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SERVICIO FARMACEUTICO Y OTRAS AREAS DE LA SALUD	SOPORTE DE TALENTO HUMANO
8. 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 REALIZA NOTIFICACIÓN SEMANAL DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS EN RONDAS ASISTENCIALES, ENTREGA DE INFORMES MENSUALE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y ELABORACIÓN DE INFORMES SOLICITADOS POR EQUIPO PRIMARIO AMBULATORIO DE MEJORAMIENTO, REALIZACION DE INDICADORES MENSUALES DE ACTIVIDADES REALIZADAS	SOPORTES DE SUPERVISOR

9. EJERCER LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DE LA ORDEN QUE SEAN AFINES A SU PERFIL	**SI**	SE REALIZA NOTIFICACIÓN SEMANAL DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS EN RONDAS ASISTENCIALES, ENTREGA DE INFORMES MENSUALE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y ELABORACIÓN DE INFORMES SOLICITADOS POR EQUIPO PRIMARIO AMBULATORIO DE MEJORAMIENTO, REALIZACION DE INDICADORES MENSUALES DE ACTIVIDADES REALIZADAS	**SOPORTES DE SUPERVISOR**
10. ALIMENTAR PERMANENTEMENTE LOS SISTEMAS DE INFORMACION QUE ESTAN A SU CARGO Y MANTENERLOS AL DIA.	**SI**	SE REALIZA NOTIFICACIÓN SEMANAL DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS EN RONDAS ASISTENCIALES, ENTREGA DE INFORMES MENSUALE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y ELABORACIÓN DE INFORMES SOLICITADOS POR EQUIPO PRIMARIO AMBULATORIO DE MEJORAMIENTO, REALIZACION DE INDICADORES MENSUALES DE ACTIVIDADES REALIZADAS	**SOPORTES DE SUPERVISOR**
11. PRESENTAR LAS EVALUACIONES TRIMESTRALES PROGRAMADAS POR EL HOSPITAL PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LOS PROCESOS DE ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO	**SI**	SE REALIZA 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.	**SOPORTES DE SUPERVISOR, ACTAS DE ASISTENCIA EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORA**

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **$4.619.682 (Cuatro millones seicientos diecinueve mil seicientos ochenta y dos pesos)**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: David Leonardo Góngora Leal CC 1032402798

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DAVID LEONARDO GÓNGORA LEAL

C.C 1032402798 DE BOGOTA

La suma de $4'619.682 por concepto de: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS durante el periodo de 1 al 31 de JULIO, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4213-2021.

DAVID LEONARDO GONGORA LEAL

C.C.1032402798 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488412349604

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	DAVID LEONARDO GONGORA LEAL	**NIT:**	1032402798
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	junio 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	junio 2021
Número de Radicación:	51857075	**Total a pagar:**	$680,600
Fecha de vencimiento:	12/07/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	12/07/2021	**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 Autorización:**	1057035145
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$53,600
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$352,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$275,000
						$680,600

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

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	cuenta david febrero 2021.pdf	cuenta david febrero 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta marzo 2021 david gongora.pdf	cuenta marzo 2021 david gongora.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta abril david.pdf	cuenta abril david.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta mayo 2021 david gongora.pdf	cuenta mayo 2021 david gongora.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO DAVID GONGORA.pdf	CUENTA JUNIO DAVID GONGORA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Página Principal > Mis > SE > Cali > Ad > Usuario

SEGURIDAD DEL PACIENTE V2: Vista: Usuario

Usuario - DAVID LEONARDO GONGORA LEAL

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
SEGURIDAD DEL PACIENTE V2						
POSTEST	33.33 %	9.58	0–10	95.83 %		31.94 %
POSTEST	33.33 %	9.20	0–10	92.00 %		30.67 %
POSTEST	33.33 %	10.00	0–10	100.00 %		33.33 %
Total del curso	-	**28.78**	**0–30**	**95.94 %**		-

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Página Principal > Mis > RE > Cali > Ad > Usuario

RE INDUCCIÓN SUBRED 2021: Vista: Usuario

Usuario - DAVID LEONARDO GONGORA LEAL

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
RE INDUCCIÓN SUBRED 2021						
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	9.58	0–10	95.83 %		9.58 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	9.17	0–10	91.67 %		9.17 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Total del curso	-	**98.75**	**0–100**	**98.75 %**		-