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		2 DE 3	
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	13208	FECHA	31/01/2021
	30		8/01/2021		14539		31/01/2021
	201		10/02/2021		16747		18/02/2021
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.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	3	2021		31	3	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.775.922							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial							

HORAS REALIZADAS MES ABRIL: 186 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13.859.046
VALOR EJECUTADO	$9.239.364
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.775.922
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.619.682
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
49271055 / 49258398	$ 1.847.873	$ 230.984	$ 295.660	3	$ 45.014	**$ 571.658**

Dado en Bogotá a los ( ) dias del mes de MARZO 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	3	2.021		31	3	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

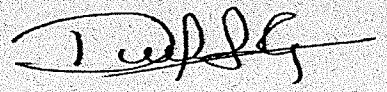
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X **NO** ___ **Servicios: SI** X **NO** ___

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 COORDINACIÓN 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

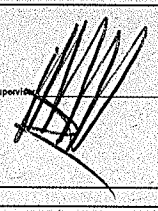
OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **$4.775.922 (Cuatro millones setecientos setenta y cinco mil novecientos veintidos 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 $4’775.922 por concepto de: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS durante el periodo de 1 al 31 de MARZO, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4213-2021.

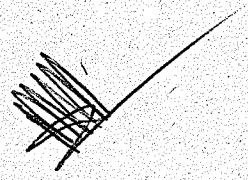


DAVID LEONARDO GONGORA LEAL

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:**	febrero 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2021
Número de Radicación:	49271055	**Total a pagar:**	$552,400
Fecha de vencimiento:	11/03/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	12/03/2021	**Número de Administradoras:**	3

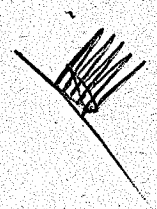
Detalles del pago

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:**	920950266
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	$43,500
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$285,700
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$223,200
						$552,400

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 49271055, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.



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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	DAVID LEONARDO GONGORA LEAL	**NIT:**	1032402798
Tipo Planilla:	N	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2021
Número de Radicación:	49285398	**Total a pagar:**	$19,400
Fecha de vencimiento:	12/03/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	12/03/2021	**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:**	921668579
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	$1,600
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$10,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$7,800
						$19,400

***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

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

Borrar Cargar nuevo

