

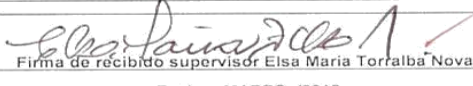


CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| Versión             | 2             |
| Fecha de aprobación | 15/02/2018    |
| Código              | 04-02-FG-0002 |



|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|--------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|-------|-----------------|------------|
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | KAREN MAYERLI AMAYA CIFUENTES                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X         | C.E.            |                                | NO.                      |             | 1.022.981.255   |       |                 |            |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | karen_maye15@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                 |                                | CELULAR:                 |             | 3193254723      |       |                 |            |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | CALLCENTER                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                 |                                | SEDE:                    |             | Kennedy         |       |                 |            |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          | Centro de costo                                                                                                                                                                                                                                                                             | %         | Centro de costo | %                              | Centro de costo          | %           | Centro de costo | %     | Centro de costo | %          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          | O02                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 100       |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | BANCOLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                 |                                | TIPO DE CUENTA:          |             | AHORROS         |       |                 |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 24125001200                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                 |                                | PENSIONADO               |             | No              |       |                 |            |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          | SO-3117/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                 |                                | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |             | PAGO 2 / 3      |       |                 |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          | 35                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FECHA     |                 | 12/01/2018                     | NÚMERO DE CRP            |             | 11322           | FECHA |                 | 31/01/2018 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y / O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE PARTICIPACIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL. |           |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           | DÍA             | MES                            | AÑO                      | HASTA       |                 | DÍA   | MES             | AÑO        |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | 1               | 3                              | 2018                     |             |                 | 31    | 3               | 2018       |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          | \$1.250.000                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          | Asistencial                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                 |                                | RESERVA DE GLOSA 2%      |             |                 |       |                 |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          | VALORES     |                 |       |                 |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          | \$3.750.000 |                 |       |                 |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          | \$2.500.000 |                 |       |                 |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          | \$1.250.000 |                 |       |                 |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          | \$0         |                 |       |                 |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          | \$1.250.000 |                 |       |                 |            |
| 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 \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                 |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACIÓN | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION                                                                                                                                                                                                                                                                              | NIVEL ARL | APORTE ARL      | TOTAL APORTES                  |                          |             |                 |       |                 |            |
| 8476743379                                                                                                                                                                                                                                                   | \$781.242         | \$97.700                 | \$125.000                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3         | \$19.100        | \$241.800                      |                          |             |                 |       |                 |            |
| Dado en Bogotá en el mes de MARZO del año 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                                |                          |             |                 |       |                 |            |
| ELSA MARINA TORRALBA NOVAL                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 | KAREN MAYERLI AMAYA CIFUENTES  |                          |             |                 |       |                 |            |
| NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 | NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |                          |             |                 |       |                 |            |

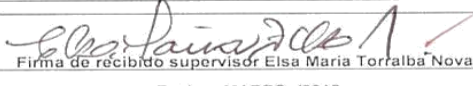
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Sur Occidente E.S.E.</b>                                                                                                                                        |  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE<br/>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |                                                                                       | Versión: 2<br>Fecha de aprobación: 15/02/2018<br>Código: 54/02/O-0503 |  <b>ASISTENTE SOCIAL</b> |
| <b>Ubicación del Servicio:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Unidad de Kennedy</b>                                               |                                                                                       | <b>Sede: CALL CENTER</b>                                              |                                                                                                             |
| <b>No. DE CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | SO-3117-2018                                                           |                                                                                       | <b>PERIODO CERTIFICADO DESDE EL</b>                                   |                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                        |                                                                                       | Día: 1<br>Mes: 3<br>Año: 2018                                         | Día: 31<br>Mes: 3<br>Año: 2018                                                                              |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | KAREN MAYERLI AMAYA CIFUENTES                                          |                                                                                       | 1.022.981.265 DE BOGOTÁ                                               |                                                                                                             |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y / O ASISTENCIAL EN EL AREA DE PARTICIPACION Y SERVICIO AL CIUDADANO DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.</b> |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| <b>El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>                                                                                                                  |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| <b>OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>PROGRAMADO</b>                                                      | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS del 1 AL 31 MARZO 2018</b>                                  | <b>PRODUCTOS ENTREGADOS</b>                                           |                                                                                                             |
| 1. Ejecutar la comprobación de derechos de los usuarios en las diferentes bases de datos                                                                                                                                                                                                                                |  | CUMPLE                                                                 | Comprobación de derechos de los usuarios                                              | Agendamiento de citas                                                 |                                                                                                             |
| 2. Realizar la asignación de citas médicas de Consulta externa a través de los diferentes aplicativos de las unidades a través de la plataforma call center                                                                                                                                                             |  | CUMPLE                                                                 | Asignación de citas médicas                                                           | Registro de información en SICHOCK                                    |                                                                                                             |
| 3. Realizar captura de información de usuarios de demanda insatisfecha a través del aplicativo vía WEB establecido                                                                                                                                                                                                      |  | CUMPLE                                                                 | Registrar en SICHOCK la demanda insatisfecha                                          | Registro de información en SIDMA                                      |                                                                                                             |
| 4. Verificar los diferentes fallos de tutela para darle cumplimiento en la asignación de citas médicas.                                                                                                                                                                                                                 |  | CUMPLE                                                                 | Aplicación de los procedimientos establecidos para la realización de las actividades  |                                                                       |                                                                                                             |
| 5. Aplicar los procedimientos que sean adoptados por el supervisor de su orden de servicio, para optimización de la prestación de servicio del Call Center                                                                                                                                                              |  | CUMPLE                                                                 | Asistencia a reuniones del área.                                                      |                                                                       |                                                                                                             |
| 6. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | CUMPLE                                                                 | Suministrar un trato adecuado a los usuarios                                          |                                                                       |                                                                                                             |
| 7. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos para el desarrollo de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes. (Cronograma, informes, entre otros)                                                                                                                |  | CUMPLE                                                                 | Registrar información en SIDMA                                                        |                                                                       |                                                                                                             |
| 8. Cumplir con los direccionamientos del SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD                                                                                                                                                                                                                                     |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 9. Respetar los Derechos del paciente, cumplir con el código de ética y todas las disposiciones como servidores en el área de la salud.                                                                                                                                                                                 |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 10. Portar el Carné de la Institución, durante el desarrollo de las actividades                                                                                                                                                                                                                                         |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 11. Responder proactivamente las quejas, reclamos y sugerencias que le sean colocadas por parte de los usuarios aplicando los correctivos necesarios para el mejoramiento                                                                                                                                               |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 12. Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo y/o riesgo en el desarrollo de las actividades                                                                                                                                                                                                 |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 13. Dar cumplimiento en la ejecución del Plan Operativo del Área de Atención al Usuario con indicadores óptimos de rendimiento                                                                                                                                                                                          |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 14. Cumplir las normas de Bioseguridad según los procedimientos establecidos por Institución y el manejo de desechos institucionales                                                                                                                                                                                    |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 15. Asistir a las actividades de Inducción, Reinducción y capacitaciones organizadas por la Institución                                                                                                                                                                                                                 |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 16. Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el proceso de formación, investigación y asistencia técnica                                                                                                                                                                                                    |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 17. Cumplir con las responsabilidades definidas en el PIGA                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 18. Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual                                                                                                                                                                                                                |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 19. Demás actividades que sean afines a la naturaleza del contrato                                                                                                                                                                                                                                                      |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.250.000 UN MILLON DOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS</b>                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                        |  |                                                                       |                                                                                                             |
| <b>NOMBRE: COMPLETE CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KAREN MAYERLI AMAYA CIFUENTES CC1022981255</b>                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                        | <b>Fecha: MARZO /2018</b>                                                             |                                                                       |                                                                                                             |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                             |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |

## Resumen General de Pago

|        |                      |                 |                    |                      |                     |           |                       |
|--------|----------------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------------|-----------|-----------------------|
| TE     | Razon Social         | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion            | Ciudad/Departamento | Teléfono  | Exonerado SENA e ICBF |
|        | IENTES KAREN MAYERLI | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Calle 137 sur 3 A.44 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 4810558   | No                    |
| ACCION | Clave                | Tipo            | Fecha              | Pago                 | Dias Mora           | Valor     |                       |
|        | 8476743379           | Planilla I      | 2018/03/13         | 2018/03/08           | 0                   | \$241,800 |                       |

| APORTES |      |           |           | CCF    |      |           |          | RIESGOS |      |           |          | PARAFISCALES |      |           |        |
|---------|------|-----------|-----------|--------|------|-----------|----------|---------|------|-----------|----------|--------------|------|-----------|--------|
| Codigo  | Dias | IBC       | Aporte    | Codigo | Dias | IBC       | Aporte   | Codigo  | Dias | IBC       | Aporte   | Codigo       | Dias | IBC       | Aporte |
|         |      | \$781,242 | \$125,000 |        |      | \$781,242 | \$97,700 |         |      | \$781,242 | \$19,100 |              |      | \$781,242 | \$0    |
|         |      | \$781,242 | \$125,000 |        |      | \$781,242 | \$97,700 |         |      | \$781,242 | \$19,100 |              |      | \$781,242 | \$0    |
|         |      | \$781,242 | \$125,000 |        |      | \$781,242 | \$97,700 |         |      | \$781,242 | \$19,100 |              |      | \$781,242 | \$0    |
|         | 30   | \$781,242 | \$125,000 |        | 30   | \$781,242 | \$97,700 |         | 30   | \$781,242 | \$19,100 |              | 30   | \$781,242 | \$0    |
|         |      | \$781,242 | \$125,000 |        |      | \$781,242 | \$97,700 |         |      | \$781,242 | \$19,100 |              |      | \$781,242 | \$0    |

AGADO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Sur Occidente E.S.E.</b>                                                                                                                                        |  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE<br/>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |                                                                                       | Versión: 2<br>Fecha de aprobación: 15/02/2018<br>Código: 54/02/O-0503 |  <b>ASISTENTE SOCIAL</b> |
| <b>Ubicación del Servicio:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Unidad de Kennedy</b>                                               |                                                                                       | <b>Sede: CALL CENTER</b>                                              |                                                                                                             |
| <b>No. DE CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>SO-3117-2018</b>                                                    |                                                                                       | <b>PERIODO CERTIFICADO DESDE EL</b>                                   |                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                        |                                                                                       | Día: 1<br>Mes: 3<br>Año: 2018                                         | Día: 31<br>Mes: 3<br>Año: 2018                                                                              |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>KAREN MAYERLI AMAYA CIFUENTES</b>                                   |                                                                                       | 1.022.981.265 DE BOGOTÁ                                               |                                                                                                             |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y / O ASISTENCIAL EN EL AREA DE PARTICIPACION Y SERVICIO AL CIUDADANO DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.</b> |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| <b>El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>                                                                                                                  |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| <b>OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>PROGRAMADO</b>                                                      | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS del 1 AL 31 MARZO 2018</b>                                  |                                                                       | <b>PRODUCTOS ENTREGADOS</b>                                                                                 |
| 1. Ejecutar la comprobación de derechos de los usuarios en las diferentes bases de datos                                                                                                                                                                                                                                |  | CUMPLE                                                                 | Comprobación de derechos de los usuarios                                              |                                                                       | Agendamiento de citas                                                                                       |
| 2. Realizar la asignación de citas médicas de Consulta externa a través de los diferentes aplicativos de las unidades a través de la plataforma call center                                                                                                                                                             |  | CUMPLE                                                                 | Asignación de citas médicas                                                           |                                                                       | Registro de información en SICHOCK                                                                          |
| 3. Realizar captura de información de usuarios de demanda insatisfecha a través del aplicativo vía WEB establecido                                                                                                                                                                                                      |  | CUMPLE                                                                 | Registrar en SICHOCK la demanda insatisfecha                                          |                                                                       | Registro de información en SIDMA                                                                            |
| 4. Verificar los diferentes fallos de tutela para darle cumplimiento en la asignación de citas médicas.                                                                                                                                                                                                                 |  | CUMPLE                                                                 | Aplicación de los procedimientos establecidos para la realización de las actividades  |                                                                       |                                                                                                             |
| 5. Aplicar los procedimientos que sean adoptados por el supervisor de su orden de servicio, para optimización de la prestación de servicio del Call Center                                                                                                                                                              |  | CUMPLE                                                                 | Asistencia a reuniones del área.                                                      |                                                                       |                                                                                                             |
| 6. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | CUMPLE                                                                 | Suministrar un trato adecuado a los usuarios                                          |                                                                       |                                                                                                             |
| 7. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos para el desarrollo de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes. (Cronograma, informes, entre otros)                                                                                                                |  | CUMPLE                                                                 | Registrar información en SIDMA                                                        |                                                                       |                                                                                                             |
| 8. Cumplir con los direccionamientos del SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD                                                                                                                                                                                                                                     |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 9. Respetar los Derechos del paciente, cumplir con el código de ética y todas las disposiciones como servidores en el área de la salud.                                                                                                                                                                                 |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 10. Portar el Carné de la Institución, durante el desarrollo de las actividades                                                                                                                                                                                                                                         |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 11. Responder proactivamente las quejas, reclamos y sugerencias que le sean colocadas por parte de los usuarios aplicando los correctivos necesarios para el mejoramiento                                                                                                                                               |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 12. Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo y/o riesgo en el desarrollo de las actividades                                                                                                                                                                                                 |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 13. Dar cumplimiento en la ejecución del Plan Operativo del Área de Atención al Usuario con indicadores óptimos de rendimiento                                                                                                                                                                                          |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 14. Cumplir las normas de Bioseguridad según los procedimientos establecidos por Institución y el manejo de desechos institucionales                                                                                                                                                                                    |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 15. Asistir a las actividades de Inducción, Reinducción y capacitaciones organizadas por la Institución                                                                                                                                                                                                                 |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 16. Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el proceso de formación, investigación y asistencia técnica                                                                                                                                                                                                    |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 17. Cumplir con las responsabilidades definidas en el PIGA                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 18. Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual                                                                                                                                                                                                                |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| 19. Demás actividades que sean afines a la naturaleza del contrato                                                                                                                                                                                                                                                      |  | CUMPLE                                                                 |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.250.000 UN MILLON DOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS</b>                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                        |  |                                                                       |                                                                                                             |
| <b>NOMBRE: COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KAREN MAYERLI AMAYA CIFUENTES CC1022981255</b>                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                        | <b>Fecha: MARZO /2018</b>                                                             |                                                                       |                                                                                                             |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                             |  |                                                                        |                                                                                       |                                                                       |                                                                                                             |