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:	JULY JOHANA MIRANDA SILVA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1026566861						
CORREO ELECTRONICO:	JULLYM02@GMAIL.COM				CELULAR:	3194554316						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DESARROLLO INSTITUCIONAL				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	T08	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	#007170510478								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3773			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 8			
NÚMERO DE CDP	1596	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	42670	FECHA	30/09/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como TECNICO ADMINISTRATIVO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. , de acuerdo a las necesidades de la institucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2018		31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								
OBSERVACIONES:										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.833.333
VALOR EJECUTADO	$9.833.333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8330547613	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de OCTUBRE el año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA RIOS VELANDIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JULY JOHANA MIRANDA SILVA
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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES			**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	3773-2018	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULY JOHANA MIRANDA SILVA			**C. C.**	1.026.566.861		**DE**	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de poyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Desarrollo Institucional 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X__ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Informar y adelantar los trámites administrativos relativos a la admisión de pacientes en agendas médicas, odontológicas y de enfermería acorde con los procedimientos adoptados por La Subred.	100%	Se verifica el agendamiento de turnos asignados en el area asistencial con el fin de tener consolidado cualquier novedad que se presente durante el mes y estar acorde con los procedimientos adoptados por La Subred.	Se consolida informe mensual de horas laboradas de medicos y especialistas del mes Octubre de 2018.
2. Suministrar historias clínicas y registrar las citas de los usuarios para los servicios ambulatorios en los diferentes puntos de atención de la Unidad.	100%	Se realiza verificación de historias clinicas de las areas de urgencias,observación y hospitalización en la UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES y la unidad BOSTON de FONTIBÓN.	Se realiza verificación por medio de la base de datos DINAMICA .
3. Responder por la custodia de las historias clínicas de los usuarios, siguiendo los procedimientos establecidos de recepción, verificación, archivo, custodia y notificación de inconsistencias.	100%	Se hace un buen uso de la plataforma DINAMICA,la cual maneja la custodia de las historias clinicas de cada usuarios,se registra cualquier novedad en el archivo manejado diariamente llamado monitoreo diario del mes OCTUBRE.	Se consolida base de datos del mes Octubre,verificando los usuarios atendidos en las areas;observación, partos ,UCI,Cirugias y hospitalización de la UNIDAD DE SERVICIOS - UMHES y la unidad BOSTON de FONTIBÓN.
4. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	100%	Se realiza entrega informe de producción ,se realiza consolidado de tiempo de atención a usuarios tablero de triage III del mes OCTUBRE.	Elaboración informe final de producción del area de estadistica del mes Octubre del 2018.
5. Verificar y confrontar los registros individuales de prestación de servicios diligenciados y facturados.	100%	Se verifica en la base de datos DINAMICA , las atenciones realizadas diarias en cada area urgencias,observación, partos ,UCI,Cirugias y hospitalización de la UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES y la unidad BOSTON de FONTIBÓN,según sean los turnos asignados en el mes.	Se verifica por medio de la base de datos DINAMICA .
6. Participar en la recolección y procesamiento de la información estadística del punto de atención en el que preste el servicio.	100%	Se realiza validación de datos consolidados de todos los servicios de la UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES y la unidad BOSTON de FONTIBÓN,con el fin de evaluar eficiencia,productivad,oportunidad,calidad en la atención a los usuarios.	Elaboración informe final de producción del area de estadistica del mes Octubre del 2018.
7. Dar un uso racional a los insumos y equipos suministrados por la Unidad para el desarrollo del objeto de la orden.	100%	Se da un buen manejo y custodia de los elementos dados para la realización de mis funciones.	Se garantiza correcto uso de los elementos dados a mi custodia.
8. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio.	100%	Se realiza buen uso usuarios asignados para aplicativos HOSVITAL,DINAMICA:	Se garantiza correcto uso de las aplicaciones dadas.
9. Cumplir con el manual del proceso y procedimientos de la institución.	100%	Se da cumplimiento a manual de procesos y procedimientos de la institución.	Se cumple las funciones del manual de procesos y procedimientos de la institución.
10. Cumplir con las actividades incluidas dentro de la Implementación, desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del Sistema Integrado de Gestión y dentro de este todo lo relacionado con cultura de autocontrol, programas de seguridad del paciente y de humanización.	100%	Se realiza el apoyo en la realización de los informes en el Sistema de Información CIP ;para los servicios de urgencias,hospitalización,partos y cirugias de la UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES y la unidad BOSTON de FONTIBÓN.	Sistema de Información CIP, ingreso en la plataforma mes Octubre/2018.
11. Asistir a reuniones y/o jornadas programadas tendientes a asegurar las metas en cumplimiento de las mismas. (Incluye inducción o re inducción)	100%	No aplica para este periodo.	No aplica para este periodo.
12. Portar el carnet de identificación de la Subred, cuando se termine la relación contractual este debe ser devuelto a la Oficina de Talento Humano.	100%	Porto adecuadamente el carnet institucional en mi horario establecido.	Se porta el carnet institucional diariamente.
13. Garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio.	100%	Se garantiza un buen manejo de los equipos y elementos dados en mi puesto de trabajo.	Se garantiza correcto uso de los elementos dados a mi custodia.
14. Cumplir con las indicaciones emitidas en el Manual de Bioseguridad de la Institución y manejo de desechos hospitalarios.	100%	Se da cumplimiento a manual de Bioseguridad de la Institución y manejo de desechos hospitalarios dentro de la UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES.	Se cumple las normas del manual de Bioseguridad de la Institución y manejo de desechos hospitalarios.
15. Presentar mensualmente el aporte de Salud, Pensión y ARL de acuerdo con la Ley. 16. Las demás actividades que sean afines con la naturaleza del contrato..	100%	Se realiza pago de Salud, Pensión y ARL segun corresponde el aporte del mes anterior vencido correspondiente al mes septiembre.	Se realiza pago de seguridad social y Pensión y ARL.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.250.000(Un millón doscientos cincuenta mil pesos /Mcte).

CONTRATISTA: JULY JOHANA MIRANDA SILVA,CEDULA 1.026.566.861

Fecha : Noviembre 2018, LILIANA RIOS VELANDIA

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Señor(a): JULY JOHANA MIRANDA SILVA
No. Identificación: CC 1026566861
Dirección: CL 54C 95A 11 SUR
Teléfono: 3194554316 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330547613

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	JULY JOHANA MIRANDA SILVA
Tipo y Número de Identificación	CC 1026566861
Número Planilla	8330547613
Fecha de Pago	10/10/2018
Número de Autorización de Pago	30547613
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2018
Periodo Cotización Caja	Septiembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1026566861
APELLIDOS Y NOMBRES MIRANDA SILVA JULI JOHANA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS017	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO

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