Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	01-02-FO-0083
		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	

Ubicación del Servicio:	ATENCION AL USUARIO			Sede: UMHES URGENCIAS					
No. DE CONTRATO:	3085	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	11	2.018		30	11	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIZABETH MELO ESPITIA		C. C.	39.750.810		DE	BOGOTÁ		

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 AUXILIAR ATENCION AL USUARIO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recibir y dar la bienvenida al Usuario, presentandole los servicios del Hospital	SI	*Saludar al usuario informando el nombre y cargo, portando el uniforme diario deacuerdo a las indicaciones.	Diariamente se dio la bienvenida a los usuarios y se porta el uniforme los 20 dias habiles del mes
Resolver oportuna y eficazmente los inconvenientes que los usuarios presenten para acceder a los servicios de salud, diligenciando, elaborando y remitiendo los informes correspondientes a los softwares definidos para tal fin (SIDMA - Causas de inatención e inasistencias, Referencia Externa e Interna, Autorizaciones, Desplazados, Capitados, Direccionamiento) dentro del	SI	* Resolver oportuna y eficazmente los inconvenientes que los usuarios presenten para acceder a los servicios de salud. * Realizar registro de barreras de acceso en el aplicativo SIDMA Elaborar informe mensual de Causas de inatención e inasistencias	Durante el mes se realizaron 87 registros de barreras en el aplicativo SIDMA y se realizo la entrega mensual.
Informar y educar a los usuarios respecto a Deberes y Derechos, portafolio de servicios, mecanismos de participacion, diligenciando el formato para evidenciar tal fin	SI	* realizar y cumplir con el protocolo de charlas en salas de espera y diligenciar el formato de evidencia, entregandolo semanalmente.	Durante el mes se realizo charlas en sala informando a 199 usuarios
Gestionar y/o facilitar los tramites que requiera el usuario para su acceso a los servicios a través de diferentes estrategias como: intervencion en filas, en salas de espera, monitoreo del usuario entre otras	SI	* Diariamente informar la agenda disponible a los usuarios para realizar filtro en file *Registro de lista de espera en aplicativo SURESOC	Se brinda información a los usuarios que acuden al área de urgencias a preguntar la disponibilidad de agenda de la unidad fontibón.
Aplicar encuestas de satisfaccion y realizar la entrega oprtuna de las mismas, es decir el segundo dia habil de cada mes y diligenciar las encuestas según la meta planteada	SI	* Realizar encuentas de satisfaccion a los usuarios que hacen uso de los servicios en cada uno de los servicios estipulados	Durante el mes se realizaron 14 encuestas de satisfaccion
Orientar al paciente y a su familia en la utilización de los servicios, recursos dentro y fuera del hospital y brindar al usuario la información acerca del acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ejercer acciones de mercadeo para captar Usuarios	SI	* Realizar y registrar en el plaicativo SIDMA orientaciones al paciente y a su familia en la utilización de los servicios, recursos dentro y fuera del hospital y brindar al usuario la información acerca del acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Durante el mes se realizaron 80 registros de Orientaciones en el aplicativo SIDMA
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato.	SI	Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato	Realizo todas las actividades asignadas por el supervisor

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1,250,000UN MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Elizabeth Melo E. 39750810

Fecha diligenciado Firma de recibido supervisor

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

VB. Paula López

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ELIZABETH MELO ESPITIA identificado(a) con CC 39750810 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: MELO ESPITIA ELIZABETH CC 39750810

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
8484150324	35580772	I	2018-11-08	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-10	30																	
8484150324	35580772	I	2018-11-08	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-10	30																	
8484150324	35580772	I	2018-11-08	ARL	14-26	ARP SURA (ANTES SURATEP)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-10	30																	

Este certificado se expide el día 2018-11-09 a las 12:11.

PAGADO

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 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FEI-0002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIZABETH MELO ESPITIA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39750810						
CORREO ELECTRONICO:	emelo@hospitalfontibon.gov.co				CELULAR:	3106490894						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBÓN- UMHES URGENCIAS											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ATENCIÓN AL USUARIO				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	002	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380875491								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3085			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10			
NÚMERO DE CDP	1729	FECHA	25/10/2018	NÚMERO DE CRP	45691	FECHA	31/10/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Realizar verificación de derechos de los usuarios que requieren servicios por consulta externa, verificación que debe ser realizada en todas las bases de datos									
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			N/A					

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:	$12.500.000
VALOR EJECUTADO	$12.500.000
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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8484150324- OCTUBRE	$781.000	$97.100	$125.000	3	$19.100	**$242.000**

Dado en Bogotá en el mes de NOVIEMBRE del año 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MIRELLA PEÑA ROJAS
SUPERVISORA DEL CONTRATO

ELIZABETH MELO ESPITIA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

YB. Paula Lopez