

INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS		FECHA: 31/1/2019						
UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION								
Cuenta de Cobro Mes Enero de 2019								
No. DE CONTRATO: CONT.810/2018		Actividades Ejecutadas	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO:1.022.978.922			1	1	2019	31	1	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOHANNA MARCELA RIVERA CASTAÑEDA								
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN								
AREA DE SERVICIO: RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS								
ACTIVIDADES REALIZADAS								
1	Conocer el sistema de información implementado por el HOSPITAL MILITAR CENTRAL.							
2	Coordinar el archivo de documentación general del área, siguiendo la normativa institucional, afín de garantizar la conservación, acceso a la documentación e información de manera eficaz y la confidencialidad de la misma.							
3	Utilizar instrumentos y seguir directrices establecidas para la elaboración de informe.							
4	Gestionar la cuenta de cobro completa en los tiempos establecidos.							
5	Participar activamente en las capacitaciones programadas por la unidad y el hospital.							
6	Presentar evidencias de las actividades realizadas.							
7	Verificar derechos del usuario.							
8	Conocer y cumplir las normas y procedimientos en salud y administrativos del hospital.							
9	Brindar atención humanizada, establecer relaciones de cordialidad, basados en el respeto tanto con el cliente interno y externo de hospital.							
10	Fomentar el trabajo en equipo para lograr presentar resultados de calidad.							
11	Cumplir las normas, políticas y directrices establecidas en la institución.							
12	Responder por el buen uso y mantenimiento de los equipos e implementos asignados para el desarrollo de sus actividades.							
13	Responder por la integridad de los equipos asignados y por los traslados realizados, cumpliendo con el diligenciamiento del formato de solicitud de traspaso de elementos establecidos por la institución.							
14	Cumplir con las normas establecidas por la institución en el cumplimiento de las actividades, así como la entrega oportuna de la constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de actividades específicas, obligaciones y/o productos de constancia.							
15	Cumplir las demás actividades o cambios que le sean asignados por la institución o la unidad, para lograr con el objeto del contrato, mejorar o fortalecer los procesos de facturación.							
16	Mantener una actitud proactiva en el ejercicio de diario de su profesión.							
17	Cumplir y velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad, con el fin de disminuir los riesgos tanto para los funcionarios como para la continuidad y el medio ambiente.							
18	Promover en el grupo, la cultura de valores y principios de la institución.							
19	Las demás actividades asignadas por la autoridad competente, de acuerdo con el nivel, naturaleza y el área de desempeño del contrato.							
TOTAL A PAGAR: \$1.260.000 Un millón doscientos sesenta mil pesos M/cte.								
OBSERVACIÓN:								
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 30%;"> <p>OPS: <i>Johanna Rivera</i> Johanna Marcela Rivera Castañeda</p> <p>C.C: 1.022.978.922 Auxiliar de Gestión.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <p>Revisó: SP. JESUS ALBERTO ORTIZ CLAROS</p> <p>Coordinador Administrativo Radiología e Imágenes Diagnosticas.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: right;"> <p>Aprobó: <i>Marta Edy Ariza Mateus</i> Dra. Marta Edy Ariza Mateus.</p> <p>Jefe Unidad de cuentas Hospitalarias y Facturación.</p> </div> </div>								



Fecha creación reporte	2019-01-15, 11:28:27 AM	Tipo Planilla	1	Número Planilla	101739754	Referencia page(PIN)	8885927560
		Periodo Cetzización	201812	Periodo Servicio	201812		

Cliente:

PAGADA 2019-01-11

II. DATOS DEL APORTANTE

Repón Social	JOHANNA MARCELA RIVERA CASTANEDA	Director	DIAG 82 B SUR N°C-02 ESTE
Documento	CC 1022376922	Teléfono	3143395718
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Identificación	1
Representantes Legal			

1. DATOS DEL AFILIADO

Documento:	Resolución	Exonerado	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
CC 0223/8922		N				
Tipo Contable: 99	00		RIVERA CASTANEDA JOHANNA MARCELA	11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

II. APORTE POR CADA LÍNEA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

[illegible]

IV.TOTALES

[illegible]