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:	FLOR MARINA ROJAS AGUILERA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO	20571059						
CORREO ELECTRONICO:	NO TIENE				CELULAR:	3118497363						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBÓN											
UBICACION 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	%
	FO03002	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	6301095656								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3708-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1			
NUMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP	18328	FECHA	31/01/2019			
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	2	2019		28	2	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.324.025									
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:	$3.972.075
VALOR EJECUTADO	$1.324.025
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.324.025
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.648.050
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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 informados a $2.070.290, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Numero de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8487802762- ENERO	828.116	103.600	132.500	3	$20.200	$256.300

Dado en Bogotá en el mes de **FEBRERO** 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MIREYA PEÑA ROJAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

FLOR MARINA ROJAS AGUILERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

VoBo Paula Papa

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	04-07-FO-0003
		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	

Ubicación del Servicio:	ATENCIÓN AL USUARIO			Sede: UMHES URGENCIAS					
No. DE CONTRATO:	3708-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2.019		28	2	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR MARINA ROJAS AGUILERA		C. C.		20.571.059	DE	GACHALA		

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: INFORMADORA 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, presentándole 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 28 días hábiles 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, Devoluciones, Capitados, Direccionamiento) dentro del segundo día hábil de cada mes.	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 Elavorar informe mensual de Causas de inatención e inasistencias	Durante el mes no se realizaron registros de barreras en el aplicativo SIDMA. Se realizo la entrega mensual del informe.
Informar y educar a los usuarios respecto a Deberes y Derechos, portafolio de servicios, mecanismos de participación 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, entregándolo semanalmente.	Durante el mes se realizo charlas en sala informando a 300 usuarios
Gestionar y/o facilitar los trámites que requiera el usuario para su acceso a los servicios a través de diferentes estrategias como: intervención en filas, en salas de espera, monitoreo del usuario entre otras	SI	* Diariamente informar la agenda disponible a los usuarios para realizar filtro en fila *Registro de lista de espera en aplicativo SURESOC	Se reporta diariamente a los usuarios que soliciten información en trabajo social la disponibilidad de agendas que posiblemente se presenten.
Aplicar encuestas de satisfacción y realizar la entrega oportuna de las mismas, es decir el segundo día hábil 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 73 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 20 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): 1.250.000 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

Flor Marina Rojas A

CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO FIRMA Y No. DE C.C. 20571059

Fecha de diligenciamiento Firma del supervisor

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

VoBo Paula Lopez.

SEGUIMIENTO ACTIVIDADES AUXILIRES DE SE SERVICIO AL CIUDADADNO	Versión	2	
	Fecha de	03/04/2017	
	Código		

Ubicación del Servicio:	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
MES: ENERO 2019	SEDE: UMHSE HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL COLABORADOR: FLOR ROJAS AGUILERA	C. C. 20.571.059
NOMBRE DEL LIDER DE SERVICIO AL CIUDADANO DE LA UNIDAD	

OBJETIVOS	EVIDENCIAS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	PRODUCTOS ENTREGADOS
Direccionar de manera oportuna y eficaz a los usuarios que presentan dificultad para acceder a los servicios de salud, identificando aseguramiento, prioridad de atencion y factores de riesgo.	Lista de Chequeo Estrategia Acompañandote		
	Diligenciamiento Formato de estrellas luminosos y riesgo de caida,	100%	65 usuarios identificados por necesidades de trabajo social en urgencias
	Formato identificacion escala del color	100%	44 usuarios orientados en aseguramientos
	Registro y Gestion de Demanda insatisfecha (SURESOCC)	no aplica	no aplica
Realizar charlas educativas de acuerdo a los instructivos de charlas en salas de espera y taller pecagogicon, teniendo en cuenta el cronograma establecido desde la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.	Formato de charlas de salas de espera correctamente diligenciado	85%	socializo a 300 usuarios con charlas de espera de la meta de 450
	Formato de registro Taller Pedagogico, identificando motivos de inasistencia	no aplica	no aplica
Realizar registro adecuado y oportuno de los instrumentos propios de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, que permiten el seguimientos y evaluacion de las acciones realizadas por parte del equipo de salud a los usuarios durante el proceso de atencion	Aplicación encuestas de satisfacion de acuerdo a la meta establecida	100%	Realizo 73 encuestas de satisfaccion de la meta de 61
	Registro aplicativo SIDMA	80%	Realizo 20 registros de barreras y orientaciones
	Regitro de teleauditorias realizadas de acuerdo a programacion establecida	no aplica	no aplica
Apropiar los resultados de la gestion institucional divulgados por los diferentes medios de comunicación existentes en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	Asistencia a capacitaciones programadas de manera presencial y virtual	100%	aisistio a 2 de 2 capacitaciones de auxiliares de servicio al ciudadano
	Asistencia a las reuniones programadas durante el mes	100%	Asistio a las 2 reuniones de area programadas
	Apropiacion de conocimientos de Procedimientos e intructivos de proceso - Visitas de seguimiento	50%	resultado evaluacion de adherencia a capacitaciones

OBSERVACIONES:

FIRMA DE FUNCIONARIO	FIRMA LIDER DE SERVICIO AL CIUDADANO DE LA UNIDAD
	Paola López

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 20571059		BOJAS AGUILERA FLOR MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 25 SUR 42 A 55	BOGOTA-BOGOTA D.E	372 7703	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-01	79557657	84978079767	I	2019/02/14	2019/02/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$256,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$0	$0	$20,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$20,200	$0	$0	$20,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				1	$256,300	$0	$0	$256,300

PAGADO

2019/02/08 05:34 PM