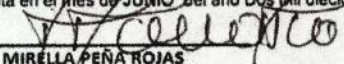
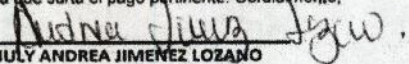
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JULY ANDREA JIEMNEZ LOZANO							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		1015998815		
CORREO ELECTRONICO:				julietik_21@hotmail.com				CELULAR		3124055247	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FONTIBON			
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	%
		002	100								
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				7380764832				PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3130				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5	
NÚMERO DE CDP		962		FECHA		07/06/2018		NÚMERO DE CRP		26178	
				FECHA		31/05/2018					
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 DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL							
PERÍODO CERTIFICADO:				DESDE		DÍA		MES		AÑO	
						1		6		2018	
				HASTA		DÍA		MES		AÑO	
						30		6		2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.576.351							
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%			
								-NO			
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:								7.881.755			
VALOR EJECUTADO								7.881.755			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								1.576.351			
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
8327721993	\$781.242	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$242.800					
Dado en Bogotá en el mes de JUNIO del año Dos Mil dieciocho 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
 MIRELLA PEÑA ROJAS NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 JULY ANDREA JIMENEZ LOZANO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					

Vobo Paula Lopez

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión
Fecha de aprobación
Código

03/04/2017
04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:		ATENCIÓN AL USUARIO		UMHES 2 URGENCIAS	
No. DE CONTRATO:		3130		Día Mes Año	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JULY ANDREA JIMENEZ LOZANO		1 6 2018	
OBJETO DEL CONTRATO:		El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimiento como AUXILIAR ATENCIÓN AL USUARIO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente		C. C. 1.015.998.815 DE BOGOTÁ	
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 de acuerdo a las indicaciones.	Diariamente se dio la bienvenida a los usuarios y se porta el uniforme los 21 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, Desplazados, 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 Elaborar informe mensual de Causas de inatención e inasistencias	Durante el mes se realizaron registros de barreras en el aplic SIDMA y se realizó la entrega del informe Causas de inatención e inasistencias el día 3 de Junio		
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 realizó charla informando a 450 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 la disponibilidad de a la lista de espera de 50 usuarios		
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 encuestas de satisfacción a los usuarios que hacen uso de los servicios en cada uno de los servicios estipulados	Durante el mes se realizaron encuestas de satisfacción		
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 aplicativo 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 registros de Orientación en el aplicativo SIDMA		
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato.	SI	Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato.	Realizo todas las actividades por el supervisor		
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (1.576.351): UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS					
Firma del Contratista:		Firma del Supervisor:			
JULY ANDREA JIMENEZ LOZANO		[Firma]			
NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:		NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL SUPERVISOR:			
[Firma]		[Firma]			
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.					

VB: Claudia Zevallos
VoBo: Paula Lopez.