Secretaría Distrital 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-FO-0002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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:	ATENCION 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:	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 GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE PARTICIPACION 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									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2018		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 COTIZACION	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

Versión	2		
Fecha de aprobación	03/04/2017		
Código	04-02-FO-0003		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Ubicación del Servicio:	ATENCIÓN AL USUARIO	**Periodo certificado desde el**	**UMHES 2 URGENCIAS**						
			Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2018		30	6	2018
No. DE CONTRATO:	3130		C. C.	1.015.998.815		DE	BOGOTA		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULY ANDREA JIMENEZ LOZANO								

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 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, 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 lo usuarios y se porta el uniforme los 21dias 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 segundo dia habil 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 se realizaron registros de barreras en el aplic SIDMA y se realizo la entrega me del informe Causas de inatenci inasistencias el dia 3 de Junio
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 cha sala informando a 450 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 esperera, 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 u a la lider la disponibilidad de a se realiza registro de 50 usu lista de espera
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 reali 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 re registros de Orientacion 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 actividad por el supervisor

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (1,576,351): UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

JULY ANDREA JIMENEZ LOZANO 10/07/2018

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

VB: Claudia Benavides

VoBo: Paula Lopez.