S DE APORTANTE

dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA o ICBF
	MELO ESPITIA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 108a #94-35	BOGOTA BOGOTA D.E.	4418324	no

S DE LA LIQUIDACION

Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pago	Planilla	Planilla	Linea	Pago	Banco	Dias mora	Valor
0-40566897	848995805	I	2018/08/03	2018/08/06	BANCO DE OCCIDENTE	3	$242,500

AGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
RAS: 1)				1	$125,000	$300	$0	$125,300
	25-14	900.336,004	7	1	$125,000	$300	$0	$125,300
RAS: 1)				1	$19,100	$100	$0	$19,200
S SURATEP)	14-28	800.256,161	5	1	$19,100	$100	$0	$19,200
RAS: 1)				1	$97,700	$300	$0	$98,000
	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$300	$0	$98,000
				3	$241,800	$700	$0	$242,500

PAGADO

2018/08/06 05:23 PM

Sur Occidente E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-02-FO-0083

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	ATENCIÓN AL USUARIO				**Sede: UMHES URGENCIAS**			
No. DE CONTRATO:	3062	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.018		30	8	2.018
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 TECNOLOGA 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.	Dianamente 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, Captados, 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 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 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 238 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	* Dianamente informar la agenda disponible a los usuarios para realizar filtro en fila *Registro de lista de espera en aplicativo SURESOC	Se reporta dianamente a los usuarios que soliciten información en trabajo social la disponibilidad de agendas que posiblemente se presenten
Aplicar encuestas de satisfaccion y realizar la entrega oportuna de las mismas, es decir el segundo dia habil de cada mes y diligenciar las encuestas segun 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 67 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 29 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 MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

Flor Marina Rojas A 20571059

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

VB: Paula López

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	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											
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	%
	O02	100	G									
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	3082			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	7				
NUMERO DE CDP	1230	FECHA	23/07/2018	NÚMERO DE CRP	34375	FECHA	31/07/2018		
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	8	2018		30	8	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	$8.750.000
VALOR EJECUTADO	$8.750.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCION	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo 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
8482355870	$ 781.242	$ 97.700	$125.000	3	$19.100	$242.800

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

MIRELLA PEÑA ROJAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

FLOR MARINA ROJAS AGUILERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

VB - Claudia Bermudez