Secretaría 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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Javier Andres Manjarrez Lopez												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,019,075,121							
CORREO ELECTRONICO:	jamanjarrez1@gmail.com				CELULAR:	3125606725							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS OCCIDENTE DE KENNEDY								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION DOCUMENTAL				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R-35	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	457500058567								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

[redacted]ERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4059-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 5			
NUMERO DE CDP	1230	FECHA	23/07/2018	NÚMERO DE CRP	34971	FECHA	31/07/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar apoyo como AUXILIAR ADMINISTRATIVO en el área de Gestión Documental y Archivo dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institució.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.333.333
VALOR EJECUTADO	$5.333.333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
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 **$1,844,500**, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
29403496	$781.242,00	$98.000	$125.300	3	$19.200	$242.500

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de AGOSTO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JAVIER ANDRES MANJARREZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código	64-62-FO-4883	

Ubicación del Servicio:											**Sede:**		
No. DE CONTRATO:	4058-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**				
			1	8	2.018		31	8	2.018				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Javier Andres Manjarrez Lopez		**C. C.**	1.019.075.121		**DE**	BOGOTA						

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 XXXXXXX 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
El contratista acordaja para con el contratante a realizar las siguientes actividades: Especificas 1. Recibir y entregar las actividades objetode su contrato, en el grupo asignado registrando las novedades presentadas y las actividades desarrolladas al 100 % 2. Realizar instrumentos actividades en el vehículo institucional pra el recibo y entrega de las historias clínicas a las diferentes sedes de la unidad de barranda (timbr, floralia,hospital, paya, depositos de archivo) estando por ejercer el control interno con los registros de las planillas estadisticas para tal fin tanto al recibo como a la entrega 3. Recibir del personal de enfermeria o personal autorizado las historias clínicas evoluciones y demás documentos de la historia clínica a través del RIPS, planillas de control radicadas, cómo estando por su organización, tratado, control y custodia 4. Entregar al personal de enfermeria o personal autorizado las historias clínicas solicitadas para atencionde paciente o auditorias garantizando el control, custodia a través de los RIPS o planillas según el procedimiento 5. Realizar la [illegible] tratado escaneado o digitalizacion y prestamo de las historias [illegible] de con ingreso o actividades para la atención de pacientes o auditoria 6 Realizar la entrega y recibo de las historias clínicas oportunamente entre el Hospital y el archivo de Gestión a través de las planillas estadisticas según el procedimiento institucional 7. Generar el consecutivo de consulta de RIPS radicados y demás documentos soporte soportando las actividades relacionadas con el prestamo de historias y consulta de las mismas en los servicios establecidos para los servidos y radicados 8. Garantizar diariamente la consulta externa y ambulatoria desarrollando las acciones de este procedimiento elaboracion de carpetas y oficios 9. Responder por el correcto almacenamiento y manejo de los archivos de historias clínicas garantizando el 100 % la ubicacion de historias clínicas solicitadas su archivo y desarchivo con sus debidamente soporte de conformidad con la normatividad urgente 10. Garantizar el 100% la respuesta oportuna a los requerimientos y solicitudes de historias clínicas realizadas por los usuarios entes de control, oficios y demás partes interesadas de la Unidad o Subred Revisando el control sobre la solicitud,radicación y entrega 11. Gestionar el 100% de la información que se requiere sobre historias clínicas o para el apoyo de área con fines de elaboración de informes internos y externos acordes con la ley 12. Realizar al 100% el escaneo de las historias clínicas garantizando la calidad de las mismas. 13. Mensualmente garantizar las historias clínicas en prestamo han sido devueltas en su totalidad así como el seguimiento a las actividades y no han sido prestadas. 14. Atender con amabilidad las ventanillas,oficinas recibiendo verificando, y controlando diariamente la documentación historias clínicas documentos soportes según el procedimiento establecidoingra archivo. 15. Realizar el inventario documental de las historias clínicas para transferencia en el formato unico institucional y el inventario documental del archivo de Gestión de las historias clínicas	**100%**	Intervencion Archivistica Proceso de Historias Clinicas: - Elaboracion de Inventario (FUID) - Foliacion Tecnica - Ordenacion Cronologica - Conteo de Folios. - Cosicion y marcacion de carpetas fisicas. - Conformacion de expedientes de 200 folios. - Depuracion Documental interna - Identificacion de Historias Clinicas proceso de Eliminacion y Conservacion. - Identificacion de novedades Historias Clinicas transferidos desde el Archivo de Gestion - Reubicacion fisica de Historias Clinicas en cajas X-200	Intervencion Archivistica Proceso de Historias Clinicas: - 116 Cajas X-200 - 1656 carpetas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1250.000 Un Millon Doscientos cincuenta mil pesos mlcte

JAVIER ANDRES MANJARREZ C.C 1,019,075,121 DE BOGOTA

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Firma de recibido supervisor

30-08-2018

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ
No. Identificación: CC1019075121
Dirección: CALLE 49 SUR#98 B-75
Telefono: 3125606725
Correo: jamanjarrez1@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 29403496

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ
Tipo y número de identificación	CC1019075121
Número de planilla	29403496
Fecha pago	2018-08-09
Número de autorización pago	280453
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2018
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	242500
Total Intereses de Mora	700

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125300	1
EPS002	Salud Total EPS	98000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1019075121
APELLIDOS Y NOMBRES: JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información