	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:	3152483599	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS OCCIDENTE DE KENNEDY**		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL-HISTORIAS CLINICAS Y 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	%
	T-08	100										

ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS		
[redacted]ERO DE CUENTA BANCARIA	457500058567			PENSIONADO	No

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

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	4059-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6	
NÚMERO DE CDP	1415	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP	39287	FECHA	31/08/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar apoyo como AUXILIAR ADMINISTRATIVO en el área de Gestión Documental y Archivo dentro de los diferentes procesos 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	9	2018		30	9	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000							
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$6.583.333
VALOR EJECUTADO	$6.583.333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
[redacted]OR A LIBERAR	$0
[redacted]O POR EJECUTAR	$0
[redacted]NTAJE 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 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
29878190	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	$241.800

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JAVIER ANDRES MANJARREZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:				**Sede:**							
No. DE CONTRATO:	5306 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.018		30	9	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 AUXILIAR ADMINISTRATIVO 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 seobliga para con elcontratante 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 desarrolidas al 100 %. 2. Realizar lostraslados solicitados en el vehiculo institucional pra el recibo y entrega de las historias clinicas a las diferentes sedes de la unidad de kennedy (tintal, floralia,hospital, paps, depositos de archivo) velando por ejercer el control interno con los registros de las planillas establecidas para tal fin tanto al recibo como a la entrega. 3. Recibir del personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas evoluciones y demás documentos de la historia clinica a traves del RIPS, planillas de control, radicados otros velando por su organizacion, foliado, control y custodia. 4. Entregar al personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas solicitadas para atencionde paciente o auditorias garantizando el control, custodia a traves de los RIPS o planillas según el procedimiento. 5. Realizar la organización foliado escaneado o digitalizacion y prestamo de las historias clinicas de con egreso o solicitadas para la atención de pacientes o auditoria. 6 Realizar la entrega y recibo de las historias clinicas oportunmente entre el Hospital y el archivo de Gestión a través de las planillas establecidas según el procedimiento institucional. 7. Generar el consecutivo de consulta de RIPS radicados y demás documentos soporte adelantando las actividades relaciaondas con el prestamo de historias y consulta de las mismas en los servicios etablecidos para los servivios y radicados. 8. Garantizar diariamenre la cosulta externa y ambulatoria desarrollando las acciones de este procedimiento elaboracion de carpetas y sticker. 9. Responder por el correcto almacenamiento y manejo de los archivos de historias clinicas , garantizando al 100 % la ubicacion de historias clinicas solicitadas, su archivo y desarchivo con sus documentos soporte de conformidad con la normatividad urgente. 10. Garantizar el 100% la respuesta oportuna a los requerimientos y solicitudes de historias clinicas realizadas por los usuarios entes de control, oficias y demás partes interesadas de la Unidad o Subred llevando el control sobre la solicitud,radicación y entrega. 11. Gestionar el 100% de la información que se requiere sobre historias clinicas o para el apoyo de área con fines de elboración de informes internos y externos acordes con la ley. 12. Realizar al 100% el escaneo de las historias clinicas garantizando la calidad de las mismas. 13. Mensualmente garantizar las historias clinicas en prestamo han sido devueltas en su totalidad asi como el seguimiento a las solicitadas y no han sido prestadas. 14. Atender con amabilidad las ventanillas,oficinas recibiendo,verificando, y controlando diariamente la documentación historias clinicas documentos soportes según el procedimiento establecidospra archivo. 15. Realizar el inventario documental de las historias clinicas para tranferencia en el formato unico institucional y el inventario documental del archivo de Gestión de las historias clinicas.	**100%**	INTERVENCION ARCHIVISTICA DE HC: ELABORACION DE INVENTARIO (FUID), FOLIACION TECNICA, ORDENACION CRONOLOGICA, CONTEO DE FOLIOS, CORRECCION Y MARCACION DE CARPETAS FISCAS,CONFORMACION DE EXPEDIENTES DE 200 FOLIOS, DEPURACION DOCUMENTAL INTERNA, IDENTIFICACION DE HC, PROCESO DE ELIMINACION Y CONSERVACION, IDENTIFICACION DE NOVEDADES HC TRASFERIDOS DESDE EL ARCHIVO DE GESTION Y REUBICACION FISICA DE HC EN CAJA X200	2398 HC PROCESADAS 146 CAJAS PROCESADAS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1250000 un millon docientos cincuenta mil pesos m/cte

JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ 1019075121 BOGOTA

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Firma de recibido supervisor:

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

compensar | miplanilla.com

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:	jamanjarrrez1@gmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	29878190

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	29878190
Fecha pago	2018-09-05
Número de autorización pago	298166
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

29878190

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