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:	LUIS ERNESTO ABRIL AREVALO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79123832							
CORREO ELECTRONICO:	luisern2001@hotmail.com				CELULAR:	3173146692							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS OCCIDENTE DE KENNEDY												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Oficina Asesora de Desarrollo Institucional Historias Clínicas y Gestión Documental.				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	T08	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	16868578525								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2955-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 DE 9			
NÚMERO DE CDP	1596	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	42284	FECHA	30/09/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la Institucion.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2018		31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

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:	$11.250.000
VALOR EJECUTADO	$11.250.000
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 **$1.953.105**, 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%	APORTE CAJA 2%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8330054135	$800.000,00	$100.000	$128.000	$16.000	3	$19.500	**$263.500**

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

LILIANA RIOS VELANDIA
Jefe Oficina de Desarrollo Institucional.

LUIS ERNESTO ABRIL AREVALO
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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	GESTION DOCUMENTAL		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	SO 2955 -2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS ERNESTO ABRIL AREVALO		C. C.	79.123.832		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 E.S.E.**

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ X NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
El contratista se obliga 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 desarrolldas 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%	1.Desarchivar HC de consulta, pendientes, extras y cx ambulatorias 2.Desarchivar HC auditorias y demas 3.Archivar HC de consulta 4.Archivar comunicaciones internas y externas usuarios HC, solicitudes HC. 5.Archivar examanes de apoyo tratamiento y Evoluciones HC. 6.Archivar urgencias hospitalizaciones y demas contenidos.	Envio de Historias Clinicas para la consulta, adjunto indicador. Archivo HCs **1273**, Archivo evoluciones HCs **412** , Archivo Solicitudes HCs **59,** x cajas empaque y rotulado HCS **0** cajas, Desarchivo HCs **36,** Encarpetado-Org HCS.**0,**

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.250,000 Un Millon Doscientos Cincuenta Mil Pesos Moneda Corriente.

Luis Ernesto Abril Arevalo 79123832 Bta

CONTRATISTA: _____ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL

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):	LUIS ERNESTO ABRIL AREVALO
No. Identificación:	CC79123832
Dirección:	DIG 15 A 99 A 30 B 8 APTO 102
Telefono:	7893209
Correo:	luisern2001@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8330054135

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUIS ERNESTO ABRIL AREVALO
Tipo y número de identificación	CC79123832
Número de planilla	8330054135
Fecha pago	2018-10-05
Número de autorización pago	30054135
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	263500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	128000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	16000	1
EPS008	Compensar EPS	100000	1

8330054135

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79123832
APELLIDOS Y NOMBRES: LUIS ERNESTO ABRIL AREVALO

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
EPS008	25-14	800000	800000	800000	800000	100000	0	128000	0	19500	0

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

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 79123832

Valor a Pagar $: 263.500

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8330054135

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2018 Mes 09

CAP-PRO-083-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

AVV 615 20181005 13:15 SC2397 LINEA D
VR PAGADO: 263,500.00
NOMBRE:COMPENSAR
CLAVE:8330054135
ID:79123832 0
Fecha Aplicación:20181005 PIN:131552
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

FORTECO S.A.