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			12 DE 12				
NÚMERO DE CDP	1922 25	FECHA	28/11/2018 10/01/2019	NÚMERO DE CRP		47592 9653	FECHA	30/11/2018 15/01/2019			
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	1	2019		31	1	2019			
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:	**$15.000.000**
VALOR EJECUTADO	**$15.000.000**
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
8332052805	$800.000,00	$100.000	$128.000	$16.000	3	$19.500	**$263.500**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Enero del año Dos Mil diez y nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA RIOS VELANDIA
Jefe Oficina de Desarrollo Institucional.

Luis Ernesto Abril Arevalo

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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		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	1	2.019		31	1	2.019
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 atenciondel 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 **2357**, Archivo evoluciones HCs **805**, Archivo Solicitudes HCs **281,** X cajas empaque y rotulado HCS **7** cajas, Desarchivo HCs **94,** 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

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:Luis Ernesto Abril Arevalo

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.

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
79123832	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: 8332052805

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 2019 Mes 12

CAP-PRO-088-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. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

```
ANV 615 20190102 13:19 SC2739  LINEA    D
VR PAGADO:       263,500.00
NOMBRE:COMPENSAR
CLAVE:8332052805                        D
ID:79123832
Fecha Aplicación:20190102   PIN:131948
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

FORTECO S.A.

Señor(a): LUIS ERNESTO ABRIL AREVALO
No. Identificación: CC 79123832
Dirección: DIG 15 A 99 A 30 B 8 APTO 102
Teléfono: 7893209 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8332052805

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	LUIS ERNESTO ABRIL AREVALO
Tipo y Número de Identificación	CC 79123832
Número Planilla	8332052805
Fecha de Pago	1/2/2019
Número de Autorización de Pago	32052805
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Diciembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Diciembre 2018
Periodo Cotización Caja	Diciembre 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	$263.500
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$128.000	1
CCF24	Comcensar Caja de Comcensacion Fliar	$16.000	1
EPS008	Comcensar EPS	$100.000	1

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

COD EPS	COD ARP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14	0	800.000	800.000	800.000	800.000	100.000	128.000	19.500	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD ARP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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