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:	SORANCI ENITH OCHOA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.853.669							
CORREO ELECTRONICO:	sof_0531@hotmail.com				CELULAR:	3114666962							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL – HISTORIAS CLINICAS Y GESTION DOCUMENTAL												
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10T08	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		500094321								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1283- 2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**6 DE 6**		
79	**813**	FECHA	**21/06/2019**	**NÚMERO DE CRP**	**28732**	**FECHA**	**30/06/2019**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en la Direccion Administrativa de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	7	2019		31	7	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.324.025								
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						
OBSERVACIONES:									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.944.150
VALOR EJECUTADO	$7.944.150
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.324.025
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 $2.070.290 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Numero de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8335865743	$828.116,00	$103.600	$132.500	3	$20.200	**$256.300**

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

ELIANA IVONTH HURTADO SEPULVEDA
JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

SORANCI ENITH OCHOA
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	04/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:				**Sede:**						
No. DE CONTRATO:	1283 - 2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	7	2.019		31	7	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SORANCI ENITH OCHOA		**C. C.**	51.853.669			**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 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 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.		EGRESAR HISTORIAS CLINICAS DE DINAMICA GERENCIAL, DE CONSULTA Y CX AMBULATORIA	40	
		HISTORIAS CLINICAS CREADAS EN DINAMICA	0	
		HISTORIAS CLINICAS ORGANIZADAS, LEGAJADAS Y FOLIADAS	1500	
		HISTORIAS CLINICAS DIGITALIZADAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	25 CARPETAS	520 FOLIOS
		HISTORIAS CLINICAS DIGITALIZADAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	35 CARPETAS	150 FOLIOS
		HISTORIAS CLINICAS DIGITALIZADAS DE AMBULATORIAS	43 CARPETAS	75 FOLIOS
		HISTORIAS CLINICAS DIGITALIZADAS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	10 CARPETAS	20 FOLIOS
		HISTORIAS CLINICAS DIGITALIZADAS DE DOCUMENTOS VARIOS	35 CARPETAS	80 FOLIOS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.324.025 Un millon trescientos veinticuatro mil veinticinco pesos m/cte

SORANCI ENITH OCHOA C.C 51853669

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA 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.

Señor(a): SORANCI ENITH OCHOA
No. Identificación: CC 51853669
Dirección: TRANS 78D # 10D-37 BARRIO CASTILLA
Teléfono: 4245807 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8335865743

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	Soranci Enith Ochoa
Tipo y Número de Identificación	CC 51853669
Número Planilla	8335865743
Fecha de Pago	7/9/2019
Número de Autorización de Pago	39049442
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Junio 2019
Periodo Cotización Pensión	Junio 2019
Periodo Cotización Caja	Junio 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$256.300
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$20.200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$132.500	1
EPS008	Compensar EPS	$103.600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51853669
APELLIDOS Y NOMBRES OCHOA SORANCI ENITH

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	0	828.116	828.116	828.116	0	103.600	132.500	20.200	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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