



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3
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	%	
		KE10T08	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:		1288-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5 DE 5			
NÚMERO DE CDP		667	FECHA	21/05/2019	NÚMERO DE CRP	24173	FECHA	31/05/2019	
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión 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 Institución.							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	6	2019		30	6	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.324.025							
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		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:		\$6.620.125
VALOR EJECUTADO		\$6.620.125
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:

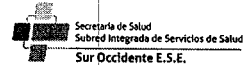
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.070.090, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	APORTE CAJA 2%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8335097014	\$828.116,00	\$103.600	\$132.500	\$16.600	3	\$20.200	\$272.900

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio del año Dos Mil diez y nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA RÍOS VELANDÍA
Jefe Oficina de Desarrollo Institucional.

LUIS ERNESTO ABRIL AREVALO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión 3						
			Fecha de aprobación 15/02/2018						
			Código: 04-02-FO-0003						
Ubicación del Servicio:		GESTION DOCUMENTAL							
No. DE CONTRATO:		SO 1288 -2019		Periodo certificado desde el		Día Mes Año		Día Mes Año	
				1 6 2.019		a		30 6 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 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 los traslados solicitados en el vehículo institucional para el recibo y entrega de las historias clínicas 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 enfermería o personal autorizado las historias clínicas evoluciones y demás documentos de la historia clínica a través del RIPS, planillas de control, radicados otros velando por su organización, foliado, control y custodia. 4. Entregar al personal de enfermería o personal autorizado las historias clínicas solicitadas para atención del paciente o auditorías garantizando el control, custodia a través de los RIPS o planillas según el procedimiento. 5. Realizar la organización foliado escaneado o digitalización y préstamo de las historias clínicas de con egreso o solicitadas para la atención de pacientes o auditoría. 6. Realizar la entrega y recibo de las historias clínicas oportunamente 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 relacionadas con el préstamo de historias y consulta de las mismas en los servicios establecidos para los servicios y radicados. 8. Garantizar diariamente la consulta externa y ambulatoria desarrollando las acciones de este procedimiento elaboración de carpetas y sticker. 9. Responder por el correcto almacenamiento y manejo de los archivos de historias clínicas, garantizando al 100 % la ubicación de historias clínicas 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 clínicas realizadas por los usuarios, entes de control, oficinas 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 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 préstamo han sido devueltas en su totalidad así 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 clínicas documentos soportes según el procedimiento establecidos para archivo. 15. Realizar el inventario documental de las historias clínicas para transferencia en el formato único institucional y el inventario documental del archivo de Gestión de las historias clínicas.		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 exámenes de apoyo tratamiento y Evoluciones HC. ATH,REF-CONTRAREF 6.Archivar urgencias hospitalizaciones y demas contenidos.				Envio de Historias Clínicas para la consulta, adjunto indicador. Archivo HCs-UNIF, 0 Archivo evoluciones HCs 0, Archivo Solicitudes HCs 0, X cajas Empaque -Rotulado-Apilado HCS 475, Desarchivo HCs 2, Encarpetado-Org HCS.0, HCs Desmontadas y Archivadas -Org. 55610.		
OBSERVACIONES:									
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.324,025,00 Un Millon Trescientos Veinte y Cuatro Mil Veinte Cinco Pesos Moneda Corriente.									
Luis Ernesto Abril Arevalo 79173832				Firma de recibido supervisor LILIANA RIOS VELANDIA					
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Luis Ernesto Abril Arevalo									
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: 8335097014

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	8335097014
Fecha pago	2019-06-06
Número de autorización pago	35097014
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2019
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2019
Número de Administradoras	4
Total Pagado	272900
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	20200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	132500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	16600	1
EPS008	Compensar EPS	103600	1

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	828116	828116	828116	828116	103600	0	132500	0	20200	0

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único

79123832

Valor a Pagar \$:

272,900⁰⁰

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

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla

8335097014

AVV 039 20190605 18:28 SC1162 LINEA A
 OR PAGADO: 272,900.00

NOMBRE: COMPENSAR

CLAVE: 8335097014

ID: 79123832

Fecha Aplicación: 20190606 PIN: 182818

Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

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

Mes

2019 05

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 ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.