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:	sol_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			**10 DE 10**			
NÚMERO DE CDP	**1487**	FECHA	**24/10/2019**	**NÚMERO DE CRP**		**47659**	**FECHA**		**31/10/2019**	
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	11	2019		30	11	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:	$13.240.250
VALOR EJECUTADO	$13.240.250
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
8338436969	$828.116,00	$103.600	$132.500	3	$20.200	**$256.300**

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

JILIANA RIOS VELANDIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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	11	2.019		30	11	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 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.	*-	EGRESAR HISTORIAS CLINICAS DE DINAMICA GERENCIAL, Y CONSULTAR	33	
		HISTORIAS CLINICAS CREADAS EN DINAMICA	0	
		HISTORIAS CLINICAS ORGANIZADAS, LEGAJADAS Y FOLIADAS	1000	
		HISTORIAS CLINICAS DIGITALIZADAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	20 CARPETAS	300 FOLIOS
		HISTORIAS CLINICAS DIGITALIZADAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	30 CARPETAS	90 FOLIOS
		HISTORIAS CLINICAS DIGITALIZADAS DE AMBULATORIAS	15 CARPETAS	50 FOLIOS
		HISTORIAS CLINICAS DIGITALIZADAS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	13 CARPETAS	22 FOLIOS
		HISTORIAS CLINICAS DEPURADAS		110 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(es): Soranci Enith Ochoa
Nit: CC 51853669
Dirección: Trans 78D # 10D-37 Barrio Castilla
Teléfono: 4245807 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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	51853669
Número de radicación planilla	8338436969
Fecha de pago	11/8/2019
Número de autorización de pago	13857410
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Octubre 2019
Periodo cotización pensión	Octubre 2019
Periodo cotización caja	Octubre 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

PAGADO

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



PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:13857410
NUM REFERENCIA:000000833843696 9
NUM IDENTIFICACION:51853669
PERIODO: 2019-10
FECHA EFECTIVA:2019-11-08
VALOR: 256,300
VIE 8 NOV 19 12:30:46
312-0590925 3-146
786945-566697-744619-155260-42
CONSERVE ESTE TIQUETE ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR:
AGT 17129 CLR 1053324609
02155907-890082