

	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-PO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO		1047468605				
CORREO ELECTRONICO:				muel240520ortiz.alvarado@gmail.com				CELULAR:		3234851348			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:						LABORATORIO CLINICO		SEDE:		KENNEDY			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		KE10L07	100										
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				409033867				PENSIONADO		NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				6919-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 de 1			
NÚMERO DE CDP		1495		29/10/2019		NÚMERO DE CRP		51865		FECHA		05/11/2019	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Laboratorio dentro 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	
						5		11		2019		30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.665.442									
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial									
OBSERVACIONES: 161 HORAS REALIZADAS													

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$2.665.442
VALOR EJECUTADO	\$2.665.442
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.665.442
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

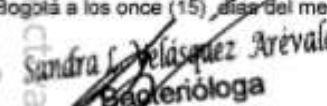
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES

Dado en Bogotá a los once (15) días del mes de noviembre del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,


SANDRA L. VELÁZQUEZ AREVALO
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:


MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

 Ministerio de Salud Subdirección de Gestión de Servicios Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	 Hospital General de Cartagena
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAMI - LABORATORIO		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	6919-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			5	11	2019		30	11	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO		C. C.	1.047.468.805			DE	CARTAGENA	

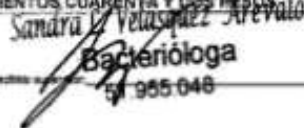
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Laboratorio dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier orden, estatuto o reglamento interno, código o directorio interno de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	SI	1. Orientar e informar a los pacientes sobre los requisitos para la toma de muestras con calidad y sobre la forma de recolección de las mismas.	Brindo al paciente la información adecuada y correcta con el uso de lenguaje sencillo con el fin que el paciente quede satisfecho con la información y a su vez las muestras cumplen con todos los criterios de aceptación, criterio de acreditación como indicador (AAU-524-DI-MH-005/AAU-524-DI-PR-028)
2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiere lugar.	SI	2. Preparar y controlar los reactivos, las sustancias de referencia, soluciones y los medios de cultivo necesarios en el laboratorio y responder por el adecuado uso de los equipos y elementos asignados.	Se lleva registro de control de calidad de los reactivos, control de temperaturas y un programa de mantenimiento preventivo para los equipos, hojas de vida donde se consignó todo sobre cada equipo, se registra desempeño del control de calidad en la bitácora del Control de Calidad (AAU-L07C-DI-FT-757 Bitácora Del Desempeño Control Calidad)
3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno ético institucional y/o profesional.	SI	3. Orientar y responder los procedimientos de la toma de muestras, coloración, montaje y tinción de materiales.	El proceso de toma de muestras se registra en AAU-L07C-DI-FT-579 Instrumento Para Supervisión De Toma De Muestras. La coloración, montaje y tinción de materiales quedan consignados en la planilla AAU-L07C-DI-FT-596 Libro De Chequeo En Microbiología Y Microscopía
4. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro los quince (15) primeros días calendario de cada mes.	SI	4. Garantizar la confidencialidad en los reportes y resultados de los exámenes.	Los resultados y reportes generados en el laboratorio clínico se encuentran de manera sistemática, permitiendo de esta forma que todo el personal médico que los necesite los encuentre disponibles por sistema. AAU-L07C-DI-FT-068 Entrega Resultados De Laboratorio para HIV de manera confidencial entregados a la jefe para aseora post test.
5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales e instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	SI	5. Realizar la toma, manejo y análisis de las muestras e informar los resultados aplicando las guías de manejo y los manuales de procedimiento de la entidad, velando porque se respeten los derechos del paciente y criterios éticos de la profesión.	Reviso y superviso las condiciones de toma de muestra tales como que los implementos necesarios para la toma de muestra se encuentran al día, que los tubos de uso no tengan fecha de vencimiento que se cuente con alcohol glicerinado, agujas, torniquetes, alcohol antiséptico, torniquete, escobillas, guantes papel kn9, cabeceros y baños para los pacientes de tests microbiológicos. AAU-L07C-DI-FT-1023 Listado De Reactivos
6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Salud favoreciendo relaciones con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de Acreditación, Responsabilidad Social, seguridad de la información y Control interno, gestión de riesgo, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	6. Chequear y calibrar diariamente cada uno de los instrumentos antes de realizar las lecturas y llevar un registro de los procedimientos de calibración con el fin de garantizar los procedimientos metodológicos conforme a los criterios de certificación y acreditación vigentes.	Se diligencia según sea el caso registros diarios o semanales tanto de la calibración de los equipos, el control de calidad que se realizan a las pruebas para garantizar los resultados así como registros de temperaturas con el fin de garantizar la trazabilidad. Se registra en AAU-L07C-DI-FT-000 Formato De Verificación De Calibración
7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Acreditación, Auditoría para el mejoramiento de la calidad, Sistema único de acreditación y Sistemas de Información.	SI	7. Realizar pruebas de control de calidad de los análisis clínicos a fin de garantizar la veracidad, precisión y exactitud de los resultados.	Se realiza y registra el control de calidad de cada uno de los pruebas que se realizan a diario, se cuenta con un software donde se grafican y analiza la tendencia del control, se diligencia según sea el caso registros diarios o semanales en AAU-L07C-DI-FT-383 Información Laboratorio Clínico-Análisis Y Seguimiento

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2,665,442 DOS MIL LONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS.

 Miguel A. Ortiz Alvarado DEL CONTRATISTA MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO	 Sandra Velásquez Arévalo Bacterióloga 955 048
--	---

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS DATOS EN DECRETO 780 DE 2016

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1047468605	ORTIZ	ALVARADO	MIGUEL	ANGEL	2019-09	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO
COMPENSAR E.P.S.	09/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	08/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	07/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	06/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	05/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	04/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	03/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	02/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	01/2019	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	12/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	11/2018	30	COTIZANTE
COMPENSAR E.P.S.	10/2018	30	COTIZANTE
NUEVA EPS S.A.	09/2018	14	COTIZANTE
NUEVA EPS S.A.	03/2018	30	COTIZANTE
NUEVA EPS S.A.	02/2018	30	COTIZANTE
NUEVA EPS S.A.	01/2018	30	COTIZANTE
NUEVA EPS S.A.	12/2017	30	COTIZANTE
NUEVA EPS S.A.	11/2017	30	COTIZANTE
NUEVA EPS S.A.	10/2017	30	COTIZANTE
NUEVA EPS S.A.	09/2017	30	COTIZANTE
NUEVA EPS S.A.	08/2017	30	COTIZANTE
NUEVA EPS S.A.	07/2017	30	COTIZANTE



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO identificado(a) con cedula ciudadanía 1.047.468.605, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20180917	No Registrada	32

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Octubre de 2019

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
12318301

CER-AFI

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Avenida Calle 26 No. 66A - 49
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com



Medellín, 14 de noviembre de 2019

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

CERTIFICA:

Que MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1047468605 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 06/11/2019

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048	
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	
CLASE DE RIESGO: 3	PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3	
CLASE: 3	PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101	
CLASE DE RIESGO: 3	PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10474686051931828650

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos de:

14/11/2019 7:57 AM



SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MIGUEL ANGEL ORTIZ ALVARADO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,047,468,605**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

Activar Window:
Ve a Configuración p:

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MIGUEL ORTIZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.047.468.605 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 409033867, abierta/o desde el 28/2/2017.

Se expide en Bogotá el día 14 del mes de Noviembre del año 2019 con destino a: Miguel Angel Ortiz Alvarado

Activa Window
Ve a Configuración p.



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO