76118

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 |
| Fecha de aprobación | 15/02/2018 |
| Código: | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1019075121 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | javanjarrez1@gmail.com | | | | CELULAR: | 3152483599 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | ARCHIVO CENTRAL | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | GESTION DOCUMENTAL | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO03R35 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 457500058567 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3452 - 2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 11 de 11 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativadentro 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 | 12 | 2019 | | 31 | 12 | 2019 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.324.025 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $14.564.275 |
| VALOR EJECUTADO | $14.564.275 |
| **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.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8338857862 | $828.116,00 | $103.600 | $132.500 | 3 | $20.200 | **$256.300** |

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

Cordialmente,

**MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**JAVIER ANDRES MANJARREZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

Sur Occidente E.S.E.

# INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | |
|---|---|
| Versión | 2 |
| Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| Código: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | | | **Sede:** | | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 3452 - 2019 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 12 | 2.019 | | 31 | 12 | 2.019 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ | | **C. C.** | 1.019.075.121 | | **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

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X_ NO _____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| . 1. Realizar las actividades correspondientes a la Central de historias clínicas y archivo institucional de acuerdo a la Normatividad vigente. 2.Garantizar la custodia de las Historias Clínicas y demás documentos del archivo central. 3. Realizar atención personalizada al usuario, brindando información general y teniendo en cuenta la política de sistema gestión de calidad recordando a los usuarios los derechos y deberes. 4. Responder por el patrimonio y los elementos dados bajo su responsabilidad e inventario, garantizando el uso adecuado de los mismos. 5. Apoyar la Gestión Documental Institucional, archivos de Gestión e implementación TRD en los Puntos de Atención, Sedes Administrativos y PIC. 6. Recepción y custodia de archivo de historias clínicas entregadas al archivo central. 7. Dar cumplimiento a los puntos de control establecidos en los procedimientos para administración de documentos. 8. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades contractuales que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la entidad. 9. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que se le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 10. Conocer, promover y aplicar las políticas institucionales que garanticen objetivos corporativos el buen uso de recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo del hospital. 11. Recepción, verificación y organización de los documentos para la transferencia documental en el proceso de retroalimentación de inventarios en medio magnético. 12. Desarrollar las demás actividades afines al objeto Institucional requerido. 13. Realizar visitas de acompañamiento para la verificación de los procesos establecidos para el manejo de archivo institucional y de historia clínica. 14. Elaboración de cronograma anual de transferencia documental dando cumplimiento a la programación establecida de permanencia de los documentos en los archivos de gestión | 100% | INTERVENCION ARCHIVISTICA DE HC: ELABORACION DE INVENTARIO (FUID), FOLIACION TECNICA, ORDENACION CRONOLOGICA, CONTEO DE FOLIOS, CORRECCION Y MARCACION DE CARPETAS FISCAS,CONFORMACION DE EXPEDIENTES DE 200 FOLIOS, DEPURACION DOCUMENTAL INTERNA, IDENTIFICACION DE HC, PROCESO DE ELIMINACION Y CONSERVACION, IDENTIFICACION DE NOVEDADES HC TRASFERIDOS DESDE EL ARCHIVO DE GESTION Y REUBICACION FISICA DE HC EN CAJA X200 | 3300 HC PROCESADAS |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.324.025 un millon trescientos veinte y cuatro mil veinte y cinco pesos m/cte**

JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ 1019075121 BOGOTA

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Firma de recibido supervisor Martin R

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):** JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ
**No. Identificación:** CC1019075121
**Dirección:** CALLE 49 SUR#98 B-75
**Telefono:** 3152483599
**Correo:** jamanjarrrez1@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8338857862

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC1019075121 |
| **Número de planilla** | 8338857862 |
| **Fecha pago** | 2019-12-03 |
| **Número de autorización pago** | 38857862 |
| **Banco** | 1052 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | noviembre de 2019 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | noviembre de 2019 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 256300 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 20200 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 132500 | 1 |
| EPS002 | Salud Total EPS | 103600 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1019075121
APELLIDOS Y NOMBRES: JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 230201 | 828116 | 828116 | 828116 | 0 | 103600 | 0 | 132500 | 0 | 20200 | 0 |

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