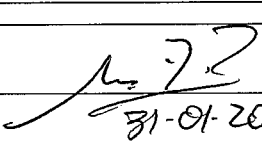
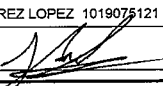


CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE
PAGO POR TESORERÍA

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				1019075121				
CORREO ELECTRONICO:				jamanjarrez1@gmail.com				CELULAR:				3152483599			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:															
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	%		
		R 35	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:				4059 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				10 de 10			
NÚMERO DE CDP		1922	✓	FECHA	28/11/18	✓	NÚMERO DE CRP	47809	✓	FECHA	30/11/18	✓			
NÚMERO DE CDP		25	✓	FECHA	10/01/19		NÚMERO DE CRP	10188	✓	FECHA	15/01/19	✓			
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativa 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	DIA	MES	AÑO				
					1	1	2019		31	1	2019				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.250.000											
TIPO DE SERVICIOS				Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%							
OBSERVACIONES:															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$11.583.333							
VALOR EJECUTADO								\$11.583.333							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.250.000							
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 \$1.953.105, 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									
32252202	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800									
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de ENERO del año Dos Mil Diecinueve (2019). La anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:							 JAVIER ANDRES MANJARREZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA								

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 03/04/2017 Código: 04-02-FO-0003																	
Ubicación del Servicio:				Sede:																	
No. DE CONTRATO:		4059 - 2018		Periodo certificado desde el		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2.019</td> <td></td> <td>31</td> <td>1</td> <td>2.019</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	1	2.019		31	1	2.019
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año															
1	1	2.019		31	1	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 ☒ NO ☐																					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS															
El contratista se obliga para con el contratante a realizar las siguientes actividades: Específicas 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, depósitos 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 vigente. 10. Garantizar el 100% la respuesta oportuna a los requerimientos y solicitudes de historias clínicas realizadas por los usuarios, antes 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%		INTERVENCION ARCHIVISTICA DE HC: ELABORACION DE INVENTARIO (FUID), FOLIACION TECNICA, ORDENACION CRONOLOGICA, CONTEO DE FOLIOS, CORRECCION Y MARCACION DE CARPETAS FISICAS, 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		397 HC PROCESADAS															
				REPROCESO DE HISTORIAS CLINICAS DEBIDO A ERRORES EN EL PROCESAMIENTO INICIAL		ERRORES: 32															
				Recuperación de las cajas a trasladar, marcación y apoyo para el cargue en los vehículos de transporte (traslado a nueva bodega)		Cajas Bosa 5563 Cajas Visión Colombia 2697															
				Organización y reubicación interna de las cajas trasladadas, en la nueva bodega Montevideo		Cajas Bosa 5563 Cajas Fontibón 1203 Cajas Visión Colombia 2697															
OBSERVACIONES:																					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1250000 un millón doscientos cincuenta mil pesos m/cte																					
JAVIER ANDRES MANJARREZ LOPEZ 1019075121 BOGOTA				Firma de recibido supervisor: 																	
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 																					
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

Teléfono:

3125606725

Correo:

jamanjarrez1@gmail.com

Ciudad:

BOGOTÁ, D.C.

Número de Planilla:

32252202

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	32252202
Fecha pago	2019-01-08
Número de autorización pago	355615
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2018
Número de Administradores	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	AFP Sur	19100	1
230201	Protección (ING + Protección)	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	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	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0