82331

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
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:	jamanjarrez1@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			12 de 12				
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	1	2020		31	1	2020			
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:	$15.888.300
VALOR EJECUTADO	$15.888.300
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
8339533794	$828.116,00	$103.600	$132.500	3	$20.200	**$256.300**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de ENERO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Martin R

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	1	2.020		31	1	2.020
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 clinicas y archivo institucional de acuerdo a la Normatividad vigente. 2.Garantizar la custodia de las Historias Clinicas y demás documentos del archivo central. 3. Realizar atención personalizada al usuario, brindando información general y teniendo en cuenta la politica 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	3150 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 P.

31-01-2020

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: 8339533794

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	8339533794
Fecha pago	2019-12-26
Número de autorización pago	1000000356
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	diciembre 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