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	15/2/2018	
		Código	94-62-FO-6002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OSCAR JAVIER GRACIA MUÑOZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.110.530.395						
CORREO ELECTRONICO:	oscariera@hotmail.com				CELULAR:	3208525381						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Urgencias				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10B01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455900116084								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4908 DEL 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6 DE 6					
NÚMERO DE CDP	1032	FECHA	22/7/2020	NÚMERO DE CRP	32238	FECHA	31/7/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN MEDICINA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	8	2020		31	8	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.227.328										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		$0						

OBSERVACIONES: HORAS 192

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$20.115.567
VALOR EJECUTADO	$20.044.212
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.227.328
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$71.355
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 **$2,194,508**, 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
18554182	$2.335.248,00	$291.906	$373.640	3	$56.887	**$722.433**

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

JIMENEZ PEREZ VICTOR ENRIQUE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

OSCAR JAVIER GRACIA MUÑOZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/4/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS		**Sede:**	KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	4908 De 2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2020		31	8	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OSCAR JAVIER GRACIA MUÑOZ		**C. C.**	1.110.530.395		**DE**	IBAGUÉ		

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 PROFESIONAL EN MEDICINA 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
Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.	100	Valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades.	Libro de recibo y entrega de turno.
Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.	100	Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.	Lista de programación de actividades.
Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.	100	Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.	Historia clínica manual.
Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria.	100	Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria.	Historia clínica y estadística enviada por servicio de epidemiología.
Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.	100	Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso.	Historia clínica manual.
Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.	100	Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato.	Sistema de PQRS
Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.	100	Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes.	Casos atendidos dentro del turno.
Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.	100	Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.	Listas de asistencia a reuniones del área.
Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área (monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.	100	Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio.	Informe de equipos biomédicos por el área respectiva.
Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención medica.	100	Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares.	Historia clínica manual.

OBSERVACIONES: HORAS 192

TOTAL A PAGAR : $ 6227328 (SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/cte)

OSCAR JAVIER GRACIA MUÑOZ

FECHA : 21/08/2020 FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR:

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

Escaneado con CamScanner

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1110530395	0	OSCAR JAVIER GRACIA MUÑOZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 82A 06 37 T 3 APTO 510		null		OSCARJGRA@HOTMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-07	2020-07	18554182	I	2020-08-11	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	803.200	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	18554182	2020-08-26	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 1110530395	GRACIA MUÑOZ OSCAR JAVIER	2.595.802																	0			30	30	0	30	COLFONDOS-231001	2.595.802	415.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.595.802	324.500	SIN CCF-SINCCF	0	0	2.595.802	63.300	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	803.200	N

Escaneado con CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1110530395	0	OSCAR JAVIER GRACIA MUÑOZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	**DIRECCIÓN**		**TELÉFONO**			**EMAIL**		**EXENTO DE PARAFISCALES**
11-1	CR 82A 06 37 T 3 APTO 510		null			OSCARJGRA@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-07	2020-07	18554182	I	2020-08-11	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	803.200	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	**REF. DE PAGO (PIN)**	**FECHA LIMITE PAGO**	**ESTADO PLANILLA**							
1	18554182	2020-08-26	Pagada							

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.595.802	2.595.802	2.595.802	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	415.400	0	0	0	415.400
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	415.400	0	0	0	415.400
EPS(Administradoras: 1)				1	324.500	0	0	0	324.500
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	324.500	0	0	0	324.500
ARP(Administradoras: 1)				1	63.300	0	0	0	63.300
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	63.300	0	0	0	63.300
Gran Total					803.200	0	0	0	803.200

Escaneado con CamScanner

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos | Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1110530395
NOMBRES	OSCAR JAVIER
APELLIDOS	GRACIA MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/03/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 08/11/2020 04:50:53 | **Estación de origen:** | 190.25.249.198

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT: 900.959.048.4

DEBE A:

OSCAR JAVIER GRACIA MUÑOZ

C.C. 1.110.530.395 DE IBAGUÉ

La suma de **SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/cte** por concepto de prestación de servicio como médico en el servicio de urgencias de la unidad de Kennedy, durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de AGOSTO de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio N° 4908 de 2020

OSCAR JAVIER GRACIA MUÑOZ

C.C. 1.110.530.395 de Ibagué

CUENTA DE AHORRO N° 455900116084

BANCO DAVIVIENDA

Escaneado con CamScanner