	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:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JORGE ENRIQUE VILA NUÑEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	14135842						
CORREO ELECTRONICO:	JORGEENRIQUEVILA@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3153918335						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUB RED SUR OCCIDENTE							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ORTOPEDIA				SEDE:	BOSA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	B035C10	50%	B035102	50%								
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	450800143502								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1342-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6		
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/4/2020	NÚMERO DE CRP	22273	FECHA	30/4/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	SE REALIZARON 60 HORAS EN JULIO 2020 POR UN VALOR DE 74915 HORA PARA UN TOTAL DE 4494900 $								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	7	2020		31	7	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$74.915								
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%							

SE REALIZARON 60 HORAS POR UN VALOR DE 74915 HORA PARA UN TOTAL DE 4494900 $

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$43.151.040
VALOR EJECUTADO	$22.473.870
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.494.900
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$20.677.170
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	52%

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
9408266241	$1.438.368	$179.796	$230.139	3	$35.039	**$444.974**

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

WILBER VERGARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JORGE ENRIQUE VILA NUÑEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/4/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD BOSA									
						Sede: UNIDAD BOSA				
No. DE CONTRATO:	1342-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	7	2.020		31	7	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JORGE ENRIQUE VILA NUÑEZ	C. C.	14135842			DE	Bogota			

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO ORTOPEDISTA ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BOSA, de acuerdo a las necesidades de la Institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Atender del Servicio de Ortopedia en las Áreas de Consulta y Cirugía de la Unidad de Prestación de Servicios de Salud Fontibón, aplicándose en dicha actividad la ética y la responsabilidad que la profesión y la ley le imponen para su ejercicio.	SI	Se realziaron consultas de ortopedia - traumatologia e infiltraciones	Consulta de ortpedia y traumatologia caps bosa
2. Responder interconsultas de Urgencias y Hospitalización durante las jornadas de atención de Consulta Externa, disponibilidad de urgencias y jornadas quirúrgicas de acuerdo con los tiempos establecidos por el Supervisor de la orden.	SI	Se dio respuesta a todas las interconsultas de Urgencias y Hospitalizacion a la que hubieron lugar.	Registro Dinamica Gerencial
3. Realizar intervenciones quirúrgicas y procedimientos médicos de su especialidad para un segundo nivel de complejidad (Grupo Quirúrgico 2 al 23) cuando la infraestructura y capacidad tecnológica de la Unidad de Prestación de Servicios de Salud Fontibón lo permitan, garantizando el inicio oportuno de la misma.	SI	Se realizaron intervenciones quirúrgicas y procedimientos ortopedia para un segundo nivel de complejidad (Grupo Quirúrgico 2 al 23) .	Se realizaron alrededor de0 cirugias
4. Controlar los pacientes bajo su cuidado.	SI	Se controlaron los pacientes bajoel cuidado de Ortopedia y Traumatologia	Atención del paciente.
5. Velar por la consecución de recursos y el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad así como de su custodia.	SI	Se velo por la consecución de recursos y por el adecuado funcionamiento de los equipos de ortopedia.	Equipos utilizados en funcionamiento.
6. Participar en la programación de actividades del área de su especialidad.	SI	Se participo activamente en la programación de ortopedia y traumatologia.	Reunion con Otros ortopedistas de la institucion
7. Realizar la Consulta Externa de Ortopedia, según la agenda programada con oportunidad y calidez.	SI	SI se realizo consulta externa para este mes	No se realizo consulta externa para este mes
8. Atender urgencias de su especialidad.	SI	Se atendieron las urgencias de Ortopedia.	Se evidencian
9. Participar en la evaluación de las actividades, e impacto de la prestación de los servicios de salud.	SI	Se particpo en la evaluacion de actividades e impacto de la prestacion de los servicios de salud.	Evaluacion de estudiantes
10. Impartir las instrucciones a personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos propios de su especialidad.	SI	Se dieron las instrucciones a personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos de ortopedia y traumatologia.	Comuncacion verbal con tecnicos y auxiliares.
11. Participar en investigaciones de tipo aplicativo, tendientes a establecer las causas y soluciones a los problemas de salud de los usuarios de la Unidad de Prestación de Servicios de Salud Fontibón.	NO	No se realizo esta actividad en este mes.	No se realizo esta actividad en este mes.
12. Participar en la elaboración y actualización del manual de normas y procedimientos del área.	NO	En este mes no se realizo esta actividad.	En este mes no se realizo esta actividad.
13. Cumplir estrictamente con las horas programadas.	SI	Se asistio a los turnos programados por el supervisor del contrato.	Evidencia con turnos administrativos y planilla de Turnos programados.
14. Presentar la respectiva cuenta de cobro dentro de los cinco días primeros del mes siguiente al de los servicios prestados.	SI	Se radico la cuenta de cobro con los soportes solicitados.	Cuenta de cobro radicada para firmas
15. Digitar los registros individuales de servicios - RIPS - y demás formatos de la Unidad de Prestación de Servicios de Salud Fontibón que le sean indicados por el supervisor de la orden.	SI	Digitacion de los RIPS requeridos.	Diligenciamiento de RIPS manualmente
16. Realizar su actividad de manera transitoria en independiente, esto sin subordinación o dependencia respecto de la Unidad de Prestación de Servicios de Salud Fontibón.	SI	Se realizaron todas las actividades que dependian de Ortopedia y Traumatologia.	Control del servicio de Ortopedia de maneta autonoma.
17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor de la orden acordes con el objeto del mismo.	NO	No se realizo ninguna actividad adicional que fueran acordes con el objeto del contrato	No se realizo ninguna actividad adicional que fueran acordes con el objeto del contrato
18. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	SI	Alimentacion de los sistemas de información.	Sistemas al dia.
19. Presentar las evaluaciones trimestrales programadas por la Unidad de Prestación de Servicios de Salud Fontibón para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	NO	No se realizo esta actividad en este mes	No se realizo esta actividad en este mes
20. Se debe anexar mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizan durante el mes que incluyan: Interconsultas, pacientes atendidos, consultas urgencias, evoluciones - notas, según el área donde presten el servicio.	SI	Se radico la cuenta de cobro con los soportes solicitados por el supervisor del contrato.	Radicación de Cuenta de Cobro, Informe de Actividades, Informe de ejecución y Planilla de pago de aportes.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : $ 4494900 CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS S M/CTE

Fecha : Firma de recibido supervisor:

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JORGE ENRIQUE VILA NUÑEZ CC 14135842

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 14135842		VILA NUÑEZ JORGE ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 9C # 121 -53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6570469	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	678228524	9408266241	I	2020/07/09	2020/07/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$717,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC 14135842	VILA NUNEZ JORGE ENRIQUE									X									230301	30	$2,319,487	$371,200	EPS005	30	$2,319,487	$290,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,319,487	$56,600	0	$0	$0	No	$717,800
Total	**Afiliados(1)**																					$2,319,487	$371,200			$2,319,487	$290,000			$0	$0			$2,319,487	$56,600		$0	$0		$717,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 14135842		VILA NUÑEZ JORGE ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 9C # 121 -53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6570469	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	678228524	9408266241	I	2020/07/09	2020/07/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$717,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$371,200	$0	$0	$371,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$371,200	$0	$0	$371,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$56,600	$0	$0	$56,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$56,600	$0	$0	$56,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,000	$0	$0	$290,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$290,000	$0	$0	$290,000
TOTAL				1	$717,800	$0	$0	$717,800

2020/07/09 01:38 PM

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JORGE ENRIQUE VILA NUÑEZ

CC 14135842 DE IBAGUE

La suma de $4494900 por concepto de: Prestación de Servicios como Médico Ortopedista en consulta externa durante el periodo de 1 al 31 de Julio 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1342-2020**

JORGE ENRIQUEVILANUÑEZ

CC 14135842 DE IBAGUE

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 450800143502