

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

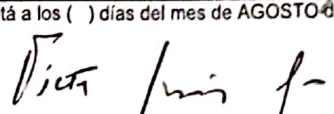
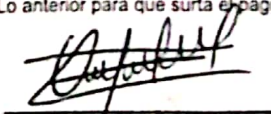


Version: 1

Fecha de aprobación: 15/2/2018

Código: 04-02-0-0002

74
Med.

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:		oscarjg@hotmmail.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		DÍA	MES	AÑO	HASTA		DÍA	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 <u>mínimo</u> 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			

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:	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 ☒ 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 médica.	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.

 ASOPAGOS
S.p.A.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE						
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN
CC 1110530086	0	OSCAR JAVIER GARCIA MAJAZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA
MUNIDEP		DIRECCIÓN	TELEFONO		EMAIL	
11-1		CR 82A 06 37 I 3 APTO 510	PAB		OSCAR.GRACIA@HOTMAIL.COM	
						EXENTO DE PARAFISCALES
						N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN												
PERIODO PENSION		PERIODO SALUD	PLANILLA	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-07		2020-07	REF. DE PAGO (PIN)	18554182	✓	2020-06-11	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	803 300	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	1		18554182	2020-06-26	ESTADO PLANILLA							
					Pagada							

[illegible]

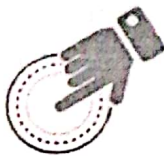
RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA	
CC 111030395	0	OSCAR JAVIER GRACIA MUÑOZ	1	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	N/A	OSCARJG@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
2020-07	2020-07	18554182	1	2020-06-11	TOCOS LOS CENTROS	TOCOS	TOCOS	903.200	0
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA						
1	18554182	2020-06-25	Pagada						

TOTALES IBC			
IBC PENSIÓN	2.595.802	IBC SALUD	2.595.802
IBC RIESGOS	2.595.802	IBC CAJAS	0
IBC PARAF	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
NUOVA 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	960011153	6	1	63.300	0	0	0	63.300
Gran Total					803.200	0	0	0	803.200



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 IDENTIFICACIÓN	1110530395
NOMBRES	OSCAR JAVIER
APELLIDOS	GRACIA MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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

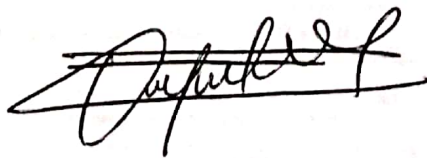
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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.

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