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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Luis Alberto Ruiz Aguilar								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	80147896			
CORREO ELECTRONICO:	luisalbertoruizaguilar2@gmail.com				CELULAR:	3114523760			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG URGENCIAS ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE10B04	15	KE10D05	42	KE10D06	43			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570450770035209						PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	1030			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	2932	FECHA	2023-11-29 16:40:51.000	NÚMERO DE CRP	63186	FECHA	2023-11-30 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-12-01		2023-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$11,439,912				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$145,078,884
VALOR EJECUTADO	$134,678,964
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$11,439,912
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$10,399,920
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

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 $2.194,507 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
9459177299	$4,991,962	$623,995	$798,714	3	$121,604	$1,544,313

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	Realicé las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	Historia clínica de cada paciente
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplí con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Historia clínica de cada paciente
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevé registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Historia clínica de cada paciente
Participar en la programación de actividades del área	Participé en la programación de actividades del área	Historia clínica de cada paciente
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Historia clínica de cada paciente
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notifiqué las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Historia clínica de cada paciente
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Historia clínica de cada paciente
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligencié en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Historia clínica de cada paciente
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento	Historia clínica de cada paciente
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Practiqué el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Historia clínica de cada paciente
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Informé al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Historia clínica de cada paciente
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Emití conceptos médicos que se le requieran	Historia clínica de cada paciente
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoyé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Historia clínica de cada paciente
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Elaboré informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Historia clínica de cada paciente
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Respondí por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Historia clínica de cada paciente
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Historia clínica de cada paciente
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Conocí y dí cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Historia clínica de cada paciente
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Apoyé a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Historia clínica de cada paciente

Copia Controlada
Subred Suroccidente

Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registré las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Historia clínica de cada paciente
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregué la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Requerimientos solicitados

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

LUIS ALBERTO RUIZ AGUILAR

LUIS ALBERTO RUIZ AGUILAR NIT 80147896
Actividad Económica Principal 8621
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta FE - 429

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764050362166 de 13/06/2023 - 13/12/2023 autoriza FE-422 a FE-450

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	07/12/2023 08:43
Fecha de Vencimiento	07/12/2023 08:43
Fecha de Validación	07/12/2023 08:43
Forma de Pago	Crédito
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	LUIS ALBERTO RUIZ AGUILAR
CC	80147896
Obligación	IVA
Email	luisalbertoruizaguilar2@gmail.com
Teléfono	3114523760
Dirección	CR 77 19 87 IN 6 AP 1401
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
NIT	900959048
Obligación	IVA
Email	gerencia@subredsuroccidente.gov.co
Teléfono	4546800
Dirección	CL 9 39 46
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	001	HONORARIOS PRESTADOS COMO GINECÓLOGO Y OBSTETRA	1	EA	$11,439,912.00		$11,439,912.00	$11,439,912.00

1

Subtotal	$11,439,912.00
Total a Pagar	$11,439,912.00

132 horas MES DE DICIEMBRE
Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80147896		RUIZ AGUILAR LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 77 n 19 - 87torre 6 apt 1401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7617209	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	291525657	9459177299	I	2023/12/26	2023/11/22	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,594,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,991,962	$848,800			$4,991,962	$624,000			$0	$0			$4,991,962	$121,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,991,962	$848,800			$4,991,962	$624,000			$0	$0			$4,991,962	$121,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,991,962	$848,800			$4,991,962	$624,000			$0	$0			$4,991,962	$121,700		$0	$0
1	CC	80147896 RUIZ LUIS	25-14	30	$4,991,962	$848,800	EPS008	30	$4,991,962	$624,000		0	$0	$0	14-7	30	$4,991,962	$121,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$4,991,962	$848,800			$4,991,962	$624,000			$0	$0			$4,991,962	$121,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80147896		RUIZ AGUILAR LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 77 n 19 - 87torre 6 apt 1401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7617209	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	291525657	9459177299	I	2023/12/26	2023/11/22	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,594,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$848,800	$0	$0	$848,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$848,800	$0	$0	$848,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$121,700	$0	$0	$121,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$121,700	$0	$0	$121,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$624,000	$0	$0	$624,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$624,000	$0	$0	$624,000
TOTAL				1	$1,594,500	$0	$0	$1,594,500