| 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 OBSERVACIÓN ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10B04 | 15 | KE10C10 | 30 | KE10D01 | 30 | KE10I03 | 25 | |
| 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 | 2266 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 2169 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 48370 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-10-01 | | 2025-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $11,356,758 | | | | |
| 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: | $110,863,590 |
| VALOR EJECUTADO | $105,996,408 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $11,356,758 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4,867,182 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 96% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9492892498 | $4,759,022 | $594,878 | $761,444 | 3 | $115,930 | $1,472,251 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2025. 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 |
|---|---|---|
| 1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) Llevar registro de la atención de las 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 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnostico y terapeutica de acuerdo con cada paciente registrandose en la historia clinica del aplicativo institucional. | Se alimenta la informacion en la historia clinica |
| 4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion | lista de asistencia en el caso de que se genere |
| 8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) 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. 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion | Estudios estadisticos y consolidado de informacion para optimizar el recurso de la institucióndad |
| 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | no aplica | no aplica |
| 19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos eticos, morales, juridicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cavalidad la mision institucional | no aplica |
| 20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente | cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente |
| 21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente | no aplica |

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

# LUIS ALBERTO RUIZ AGUILAR

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 - 456

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764093154229 de 15/05/2025 - 15/05/2027 autoriza FE-451 a FE-1000

| | |
|---|---|
| Tipo de Operación | Estandar |
| Fecha de Generación | 22/10/2025 14:28 |
| Fecha de Vencimiento | 22/10/2025 14:28 |
| Fecha de Validación | 22/10/2025 14:29 |
| 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 Fiscal | CR 77 19 87 IN 6 AP 1401, 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 | $11,356,758.00 | | $11,356,758.00 | $11,356,758.00 |

1

| | |
|---|---|
| Subtotal | $11,356,758.00 |
| Total a Pagar | $11,356,758.00 |

126 HORAS DE OCTUBRE
Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 2a4374054f43a66af887a64ca814892b237cc7d2c9c3a69eb8bd5a0f046765144141d0a8ebeb834c0cacec2e1442b6d9

# 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 |
| 2025-09 | 2025-09 | 1823542601 | 9492892498 | I | 2025/10/23 | 2025/10/03 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $1,472,400 |

**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)** | | | | | $4,759,023 | $761,500 | | | $4,759,023 | $594,900 | | | $0 | $0 | | | $4,759,023 | $116,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $4,759,023 | $761,500 | | | $4,759,023 | $594,900 | | | $0 | $0 | | | $4,759,023 | $116,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $4,759,023 | $761,500 | | | $4,759,023 | $594,900 | | | $0 | $0 | | | $4,759,023 | $116,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 80147896 | RUIZ LUIS | 25-14 | 30 | $4,759,023 | $761,500 | EPS008 | 30 | $4,759,023 | $594,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $4,759,023 | $116,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $4,759,023 | $761,500 | | | $4,759,023 | $594,900 | | | $0 | $0 | | | $4,759,023 | $116,000 | | $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 |
| 2025-09 | 2025-09 | 1823542601 | 9492892498 | I | 2025/10/23 | 2025/10/03 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $1,472,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $761,500 | $0 | $0 | $761,500 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $761,500 | $0 | $0 | $761,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $116,000 | $0 | $0 | $116,000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $116,000 | $0 | $0 | $116,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $594,900 | $0 | $0 | $594,900 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $594,900 | $0 | $0 | $594,900 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$1,472,400** | **$0** | **$0** | **$1,472,400** |

Medellin, 27 de octubre de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:**

Que **LUIS ALBERTO RUIZ AGUILAR** con documento de identidad **C80147896**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2025-08-01 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA