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 ROBERTO ARDILA ORTEGA								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	73591892			
CORREO ELECTRONICO:	robertoardila2014@hotmail.com				CELULAR:	3214893328			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 50 MEXICANA				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	SU50E01	50	SU59E01	50					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870374552						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	780			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2297	FECHA	2025-11-21 08:36:27.000	NÚMERO DE CRP	53542	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ODONTOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-11-01		2025-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,816,290				
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:	$18,162,900
VALOR EJECUTADO	$16,346,610
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,816,290
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,816,290
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	90%

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
9494190509	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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
Atender la consulta programada de odontología general y urgencias odontológicas.	Atiendo la consulta programada de odontología general y urgencias odontológicas.	Atiendo la consulta programada de odontología general y urgencias odontológicas.
Realizar la historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, SISVESO.	Realizo la historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, SISVESO.	realizar el sisveso y demanda inducida a los servicios al los cuales tiene derecho y requiere el usuario
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999	Diligencio de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999	Diligencio de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999
Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario	Solicito exámenes paraclínicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario	Solicito exámenes paraclínicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Cumplo con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Cumplo con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.
Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	Contribuyo en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	Contribuyo en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.
Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos.	Realizo el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos.	Cumplir mensualmente con los informes requeridos , respuestas, rips que muestren veracidad de las actividades realizadas
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	Apoyo los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	dar información adecuada a los usuarios . Un comunicación acertada .divulgación de sus derechos deberes .
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	realizar diagnostico adecuado para formular el tratamiento seguro y oportuno para el paciente contribuir con su bienestar canalizar y remitir al servicio que requiera
Adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas).	Adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas).	verificando agenda en sistema
Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional. m. Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista.	Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional. m. Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista.	velar y responder por recursos y adecuado funcionamiento de equipos,documentos bienes muebles entregados por el hospital para ejecución de actividades

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUIS ROBERTO ARDILA ORTEGA

CC 73.591.892 DE BARRANCO DE LOBA

La suma de UN MILLON OCHOCIENTOS DIECISEIS MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($1.816.290) por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO ODONTOLOGO en Uss Mexicana, durante el periodo de Noviembre 01 Al 30 de 2025 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 780-2025



LUIS ROBERTO ARDILA ORTEGA

NOMBRES Y APELLIDO CONTRATISTA

CC 73591892 DE BARRANCO DE LOBA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 570004870374552

Cuenta No. 277603

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
LUIS ROBERTO ARDILA ORTEGA	73591892	robertoardila2014@hotmail.com	3214893328	BANCO DAVIVIENDA S.A	AHORRO	4870374552

PERIODO	SUPERVISOR	CONTRATO CDP / CRP	CENTROS DE COSTO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	NO. PLANILLA	PLANILLA
2025-11-01 / 2025-11-30	INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS	780 2297 / 53542	• SU50E01 - 50 % • SU59E01 - 50 %	• EQUIVALENTE-73591892-20251127024810-DOCUMENTO EQUIVALENTE ROBERTO ARDILA NOVIEMBRE 2025.pdf	9494190509	• PLANILLA-73591892-20251127024810-PLANILLA DE PAGO OCTUBRE 2025 - CERTIFICACION ARL.pdf

VALOR TOTAL MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	VALOR A LIBERAR	SALDO POR EJECUTAR	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$18,162,900	$16,346,610	$1,816,290		$1,816,290	90%

ID	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
19252013	Atender la consulta programada de odontología general y urgencias odontológicas.	• Atiendo la consulta programada de odontología general y urgencias odontológicas.	• Atiendo la consulta programada de odontología general y urgencias odontológicas.
19252014	Realizar la historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, SISVESO.	• Realizo la historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, SISVESO.	• realizar el sisveso y demanda inducida a los servicios al los cuales tiene derecho y requiere el usuario
[illegible]	Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica	• Diligencio de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica	• Diligencio de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica

CERRAR VENTANA

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 73591892		ARDILA ORTEGA LUIS ROBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 55 sur #24-55 Int 1 Apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7783603	No

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
1	CC	73591892	ARDILA LUIS																23100 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	0	$0	$0	No	$440,500
Total		**Afiliados(1)**																			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1953350359	9494190509	I	2025/11/25	2025/11/25	BANCOLOMBIA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$0**	**$0**	**$440,500**