| 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 Fernando Avila Velandia | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79460625 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | luferavi9@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3102398822 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA GENERAL USS 26 ALCALÁ MUZÚ | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | SU42A10 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7700316396 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 741 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 2297 | FECHA | 2025-11-21 08:36:27.000 | NÚMERO DE CRP | 53488 | FECHA | 2025-11-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-08-01 | | 2025-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,172,974 | | | | |
| 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: | $25,383,792 |
| VALOR EJECUTADO | $22,210,818 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,172,974 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,172,974 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 88% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7976863547 | $1,269,190 | $158,649 | $203,070 | 3 | $30,917 | $392,636 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA
49742857
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 CUIDADO DEL PACIENTE. | CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA | SE REALIZA CONSULTA MEDICA AMBULATORIA RESOLUTIVA Y DE PROMOCION Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD, DE FORMA INTEGRAL Y DE ACUERDO CON LAS GUIAS DE MANEJO DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL |
| CUMPLIR CON LA PRODUCCION DE LA AGENDA SEGUN POA E INFORMAR LAS NOVEDADES DE LA AGENDA QUE DIFICULTEN EL CUMPLIMIENTO DE LA META AL SUPERVISOR DEL CONTRATO. | ACTIVIDADES PROGRAMADAS MAS LAS CANALIZADAS EN EL MES DE AGOSTO DE 2025 | HASTA EL DIA 26 DE AGOSTO DE 2025 SE REALIZARON 144 CONSULTAS RESOLUTIVAS Y 44 DE PROMOCIÓN Y DETECCIÓN PARA UN TOTAL DE 188 CONSULTAS, PARA UN RENDIMIENTO REAL DE 2,83 Y UNA PRODUCTIVIDAD DE 2,40. CON 9 INASISTENCIAS Y 4 ADICIONALES ; PORCENTAJE DE PYP 23,40 %. |
| CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES | DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA | SE DILIGENCIAN LA HISTORIA CLINICA Y DEMAS ANEXOS DE FORMA LEGIBLE, OPORTUNA E INTEGRAL |
| CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA. | HISTORIAS CLÍNICAS DILIGENCIADAS EN SU TOTALIDAD DE ACUERDO AL FORMATO REQUERIDO | SE DILIGENCIAN LOS REGISTROS CLÍNICOS ACORDE CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y DIRECTRICES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS REGISTROS |
| PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ÁREA. | MANTENERSE ACTUALIZADO Y CAPACITADO | PARTICIPACION EN CAPACITACIONES VIRTUALES, UAT DE MEDICINA, ULC, RED MATERNO PERINATAL Y CONVERSATORIOS DE CALIDAD |
| REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA SUBRED. | DILIGENCIAR LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA, ACORDES CON LAS NORMAS DEFINIDAS POR EL ACUERDO DE SALUD | NO SE REALIZARON NOTIFICACIONES |
| DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD. | DILIGENCIAR LOS REGISTROS CLÍNICOS ACORDE CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y DIRECTRICES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS REGISTROS | SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE HISTORIA CLINICA Y DEMAS ANEXOS, EN SISTEMA DE INFORMACION, ASI COMO EL DILIGENCIAMINNTO MANUAL CUANDO SE PRESENTA CONTINGENCIA, DE FORMA LEGIBLE, OPORTUNA E INTEGRAL |
| APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED. | SOLICITAR RACIONALMENTE LOS APOYOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE ACUERDO CON LA GUÍAS DE MANEJO DEL SERVICIO | SE REALIZAN ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL DE ACUERDO CON LAS NORMAS DEL SOGCS, DE ACUERDO CON LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED |
| ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA QUE ESTE CERTIFIQUE EL CUMPLIMIENTO. | REALIZAR NOTIFICACIÓN DE AUTOCONTROL | REALIZACION DE INFORME MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO Y ES ENTREGADO A SUPERVISOR DEL CONTRATO |
| PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE ACREDITACIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO. | ASISTENCIA A CAPACITACIONES PROGRAMADAS | ASISTENCIA A LAS DISTINTAS REUNIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES PROGRAMADAS COMO SON ULC, RED MATERNO PERINATAL, UAT DE MEDICINA, Y CONVERSATORIOS DE CALIDAD. |
| ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE. | AFILIACIÓN COMO INDEPENDIENTE EN SALUD, PENSIÓN Y ARL | SE REALIZA PAGO MENSUAL MES VENCIDO DE AFILIACIÓN COMO INDEPENDIENTE EN SALUD, PENSIÓN Y ARL. |
| USO ADECUADO DEL BATA Y CARNE SEGÚN LINEAMIENTO INSTITUCIONAL.INCLUYE EL CUMPLIMIENTO DE LA ESTRATEGIA " QUITATE LA BATA" EN EL CONTEXTO DE SEGUIRADA DEL PACIENTE. | USO ADECUADO DE BATA Y CARNE SEGUN LINEAMIENTO INSTITUCIONAL | USO DE BATA Y CARNE DURANTE EL TIEMPO DE CONSULTA, APLICANDO LA ESTRATEGIA "QUITATE LA BATA" |

Copia Certificada Subred Suroccidente

MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA
49742857
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 FERNANDO AVILA VELANDIA**

**C.C 79.460.625 DE BOGOTA**

La suma de tres millones ciento setenta y dos mil novecientos setenta y cuatro pesos, mcte, ($ 3.172.974), por concepto de: servicio de consulta externa de medicina general en la USS 26 - Alcalá Muzu durante el periodo del 1 al 31 de agosto de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 741 – 2025.



**LUIS FERNANDO AVILA VELANDIA**

**C.C. 79.460.625 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 007700316396**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79460625 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS FERNANDO AVILA VELANDIA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 54 # 58-41 BLOQUE C- | TELÉFONO: | 8021039 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7976863547** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/07/28 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1657486218 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 227.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 227.800** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 178.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 178.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 34.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 34.700** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 440.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 440.500** |

Planilla Pagada