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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CESAR ARMANDO RUBIANO MACIAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	7.689.289							
CORREO ELECTRONICO:	carubianom@gmail.com				CELULAR:	3175111540							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	OCCIDENTE DE KENNEDY - FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALAS DE CIRUGIA				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10C01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455000030193								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	OPS No. 1520-20			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			09 DE 09				
NÚMERO DÈ CDP	1380	FECHA	25/09/2020	NÚMERO DE CRP	40771	FECHA	30/09/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ANESTESIOLOGO DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	10	2020		31	10	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.630.036										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial				NA						

OBSERVACIONES: HORAS 84

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$69.141.804
VALOR EJECUTADO	$64.406.064
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.630.036
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.735.740
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento delmínimovalor 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
9411291923	3.030.874	$378.859	$484.940	3	$73.832	$937.631

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de OCTUBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Geovanny Rodriguez Sanchez

GEOVANNY RODRIGUEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CESAR ARMANDO RUBIANO MACIAS

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud Red Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 1 Fecha de aprobación: 30/08/2021 Código:	

Ubicación del Servicio:	ANESTESIA					SEMANA DEL				
No. DE CONTRATO:	OPS No. 1820-2020	Periodo certificado desde el				Día	Mes	Año	A	Día	Mes	Año
						1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CESAR ARMANDO RUBIANO MAZUR					V. C.		7.684.289	DE	colombia		

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 Medico Especialista en Anestesia en 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
1. Cumplir con la Carta, Directrices, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de carácter externo e Reglamento Interno, Código de Conducta interna de la S.I.S.S que rezga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.		Consulta Preanestesia – consulta Externa	Valoraciones pre-anestesicas -Record de Hoja de Consulta Externa
2. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética institucional y/o Profesional.		Interconsulta – Urgencias y Hospitalización	Valoraciones pre-anestesicas – Libro Diario de relación de interconsultas
3. Pagar los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato, sobre los montos legales establecidos y dentro de los (10) primeros días calendario de cada mes.		Valoración y seguimiento en Recuperación	Recuperación Completa del Paciente
4. Cumplir con las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, protocolos y procedimientos institucionales.		Anestesia en Ginecología y Sala de Partos	Record Anestesia
5. Desarrollar una cultura de autocontrol hacia el cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos al Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema Único de Acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control Interno.		Anestesia en Salas de Cirugía	Libro de Salas de Cirugía
6. Asistir y aprobar las pruebas de actualización, preventivas y virtuales, programadas por el contratante y por las entidades autorizadas por este.			
7. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR ($6.630.038) SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL CONTRATISTA CESAR ARMANDO RUBIANO MAZUR C.C. No. 7684289	OCTUBRE 1 1 de año 2020 NOMBRE SUPERVISOR Germania Astrid Suarez Sánchez ANESTESIOLOGO CC 51.881.249 Firma de

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

CESAR ARMANDO RUBIANO MACIAS

C.C 7689289 NEIVA

La suma **($6.630.036) SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL TREINTA Y SEIS PESOS MCTE.**, por concepto de: Prestación de Servicios como Anestesiólogo, en Salas de Cirugía, USS. Kennedy, durante el periodo de 01 al 31 de Octubre de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1520.

CESAR ARMANDO RUBIANO MACIAS

C.C 7689289 NEIVA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 455000030193

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7[illegible]89		RUBIANO MACIAS CESAR ARMANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 64B No 22-14 torre 3 apto 203	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3[illegible]05	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	75[illegible]74	94[illegible]23	I	2020/10/13	2020/10/01	BANCO SANTANDER	0	$[illegible]

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,715,000	$1,821,600			$10,715,000	$1,339,400			$0	$0			$10,715,000	$261,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,715,000	$1,821,600			$10,715,000	$1,339,400			$0	$0			$10,715,000	$261,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$10,715,000	$1,821,600			$10,715,000	$1,339,400			$0	$0			$10,715,000	$261,900		$0	$0
1	CC	7[illegible]89	RUBIANO CESAR	25-14	30	$10,715,000	$1,821,600	EPS041	30	$10,715,000	$1,339,400			$0	$0			$10,715,000	$261,900		$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$10,715,000	$1,821,600			$10,715,000	$1,339,400			$0	$0			$10,715,000	$261,900		$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 7689289		RUBIANO MACIAS CESAR ARMANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 64A No 22-14 torre 3 apto 203	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3921305	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	758436774	9411291923	I	2020/10/22	2020/10/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,422,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,821,600	$0	$0	$1,821,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,821,600	$0	$0	$1,821,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$261,100	$0	$0	$261,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$261,100	$0	$0	$261,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,339,400	$0	$0	$1,339,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$1,339,400	$0	$0	$1,339,400
TOTAL				1	$3,422,100	$0	$0	$3,422,100