| 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: | JANET LILIANA CULMA PULGARIN | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1075228045 | |
| CORREO ELECTRONICO: | jempao@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3103051713 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A D RADIOLÓGICA HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37L02 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 506000176780 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4074 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2508 | FECHA | 2024-11-30 07:21:37.000 | NÚMERO DE CRP | 73402 | FECHA | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNOLOGO DE RADIOLOGIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-11-01 | | 2024-11-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,250,180 | | | | | | |
| 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: | $23,251,860 |
| VALOR EJECUTADO | $20,251,620 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,250,180 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,000,240 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 87% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8633236680 | $960,077 | $120,010 | $153,612 | 5 | $23,387 | $297,009 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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 |
|---|---|---|
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Guardar confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica del Paciente | cumplo con todos los requerimientos éticos con respecto a: intimidad en el alistamiento para la toma del estudio, cumpliendo con toda la ética establecida, para el mes de NOVIEMNRE del 2024 |
| 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 | Tomar el estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la Institución, aplicando la correcta desinfección de los equipos y accesorios utilizados. | Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada y diligenciando el formato de limpieza y desinfección de los equipos utilizados, para el mes de NOVIEMBRE del 2024 |
| Participar en la programación de actividades del área. | Asistencia a las capacitaciones programadas | Firmar el formato de asistencia de capacitación para el mes de NOVIEMBRE del 2024 |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reporte Suceso de seguridad | Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, manejar y operar los equipos generadores de radiaciones ionizantes, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. Notificación el sistema de Información Almera (Mesa de Ayuda) cada vez que sea requerido |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, manejar y operar los equipos generadores de radiaciones ionizantes, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Tomar el estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la Institución. | Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada para el mes de NOVIEMBRE del 2024 |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Aplicando los 4 correctos al momento de la verificación del consentimiento informado y constatando que este firmado por el paciente y por el medico tratante. | Formato de consentimiento informado diligenciados para el mes de NOVIEMBRE del 2024 |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica. | Tomar el estudio radiológico como lo indica la técnica | tomar un estudio de calidad que contribuya con el diagnostico para el mes de NOVIEMBRE del 2024 |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Registrar en el sistema de información los pacientes atendidos con la auto verificación del estudio a tomado. | Registro en el aplicativo de la toma de estudio para los pacientes de NOVIEMBRE del 2024 |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Diligenciar el formato de entrega de turno con las novedades que se puedan presentar en cada jornada de actividades. | Formato de entrega de turno para el mes de NOVIEMBRE del 2024 |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Asistencia a las capacitaciones programadas . | Formato de asistencia de capacitación para el mes de NOVIEMBRE del 2024 |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Estar enterados de todos los lineamientos impartidos por la subred | Cumplir con las actividades que asignadas, según la información recibida para el mes NOVIEMBRE del 2024 |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Estar enterados de todos los lineamientos impartidos por la subred | Cumplir con las actividades que asignadas, según la información recibida para el mes de NOVIEMBRE del 2024 |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Tomar el estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la Institución. | Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada para el mes de NOVIEMBREdel 2024 |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Entregar el pago de aportes de la seguridad social. | Entrega actividades al finalizar del mes de NOVIEMBRE del 2024 |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | 46 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | NA |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Otras obligaciones del contrato | NA |
| Otras obligaciones del contrato | Otras obligaciones del contrato | RIESGO ARL 5 |

Copia Certificada Subred Suroccidente

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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:**

**JANET LILIANA CULMA PULGARIN**
**CC. 1.075.228.045 DE NEIVA (HUILA)**

La suma de $2.250.180 (DOS MILLONES, DOSCIENTOS CINCUENTA MIL, CIENTO OCHENTA PESOS M/CTE.), por concepto de prestación de servicios como Tecnóloga en radiología; en la unidad de BOSA, durante el periodo de 01 al 30 de NOVIEMBRE DE 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4074-2024.



**JANET LILIANA CULMA PULGARIN**

**Nombre de contratista**

**CC. 1.075.228.045 DE NEIVA (HUILA)**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

Numero 50600017678

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | JANET LILIANA CULMA PULGARIN |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1075228045 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-11-14 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-11-14 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-11-13 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-10 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-10 |
| NÚMERO PLANILLA: | 8633236680 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8621241382 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 162.500 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 208.000 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 370.500 | $ 370.500 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 11/12/2024 |