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	1555			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1360	FECHA	2025-06-12 16:34:13.000	NÚMERO DE CRP	28326	FECHA	2025-06-24 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNOLOGO EN IMAGENES DIAGNOSTICAS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01		2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,465,640				
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:	$15,286,968
VALOR EJECUTADO	$14,547,276
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,465,640
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$739,692
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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
8637284663	$920,506	$115,063	$147,281	5	$22,424	$284,768

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

jefersson andres orjuela ayala
1022360481
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
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
Participar en la programación de actividades del área.	Asistencia a las capacitaciones programadas	Firmar el formato de asistencia de capacitación
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
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
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
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
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
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
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
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 subredTomar el estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la Institución.	Cumplir con las actividades que asignadas, según la información recibida
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Entregar el pago de aportes de la seguridad social.	Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	46 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrega actividades al finalizar
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
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 Sur Oriente

jefersson andres orjuela ayala
1022360481
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 $2.465.640 (DOS MILLONES, CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL, SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE.), por concepto de prestación de servicios como Tecnóloga en radiología; en la unidad de BOSA, durante el periodo de 01 al 31 de JULIO DE 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1555 – 2025.



JANET LILIANA CULMA PULGARIN

Nombre de contratista

CC. 1.075.228.045 DE NEIVA (HUILA)

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

Numero 50600017678

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1075228045	0	JANET LILIANA CULMA PULGARIN	I	1	SINARP - SINARP	SUCURSAL	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 88 C SUR 62 09		3103051713			JEMPAO@HOTMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-06	2025-06	8637284663	I	2025-07-30	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	411.000	5.200	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8637284663	2025-07-10	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1075228045	CULMA PULGARIN JANET LILIANA	1.423.500		X															0			30	30	0	0	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.423.500	178.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	03	0	405.800	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1075228045	0	JANET LILIANA CULMA PULGARIN	I	1	SINARP - SINARP	SUCURSAL	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CRA 88 C SUR 62 09		3103051713			JEMPAO@HOTMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-06	2025-06	8637284663	I	2025-07-30	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	411.000	5.200	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8637284663	2025-07-10	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.423.500	1.423.500	0	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	2.900	0	230.700
PORVENIR	230301	800224808	8	1	227.800	0	2.900	0	230.700
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	2.300	0	180.300
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	178.000	0	2.300	0	180.300
Gran Total					405.800	0	5.200	0	411.000