	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3
		Fecha de aprobación	15/2/2018
		Código:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULI ANDREA PULIDO RODRIGUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1022347737							
CORREO ELECTRONICO:	human_medicine@hotmail.com				CELULAR:	314 2063664							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CAMI CONSULTA EXTERNA				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA16A10	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0075 00898924								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2261-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 de 8				
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/7/2020	**NÚMERO DE CRP**	35606	**FECHA**	30/8/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2020		30	9	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5.419.296									
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

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:	$37.556.384
VALOR EJECUTADO	$27.096.480
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.419.296
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.419.296
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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 **$2.194,508** 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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
45188462	$2.016.211	$252.100	$322.600	3	$49.200	**$623.900**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente.

LARITZA ESCARRAGA BUSTOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Juli Andrea Pulido Rodriguez
JULI ANDREA PULIDO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

1864

E

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/2/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:	CAPS PABLO VI		**Sede: PABLO VI**							
No. DE CONTRATO:	**2261-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.020		30	9	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULI ANDREA PULIDO RODRIGUEZ		**C. C.**	1,022,347,737			**DE**	BOGOTA	

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 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

	OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1	Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.	si	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS	PROMOCION Y PREVENCION
2	Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado.	si	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA ACTUALIZACION DE GUIAS DE MANEJO	TALLERES DE PROMOCION Y PREVENCION
3	Participar junto con el equipo de salud, en la evaluación de la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la	si	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA	CHARLAS DE ACTULIZACION MEDICA
4	Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad	si	FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANEXO 3 EN INTRANET	FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANEXO 3 EN
5	Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población.	si	NOTIFICACIONES SEGÚN PERTINENCIA A SIVIGILA	NOTIFICACIONES SEGÚN PERTINENCIA A SIVIGILA
6	Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.	si	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA
7	Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con el talento humano del área o servicio.	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	TALLERES DE HUMANIZACION
8	Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.	si	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS	PROMOCION Y PREVENCION
9	Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la	si	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA ACTUALIZACION DE GUIAS DE MANEJO	TALLERES DE PROMOCION Y PREVENCION
10	Participar junto con el equipo de salud, en la evaluación de la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.	si	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA	CHARLAS DE ACTULIZACION MEDICA
11	Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente.	si	FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANEXO 3 EN INTRANET	FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANEXO 3 EN INTRANET
12	Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población.	si	NOTIFICACIONES SEGÚN PERTINENCIA A SIVIGILA	NOTIFICACIONES SEGÚN PERTINENCIA A SIVIGILA
13	Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.	si	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA
14	Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con el talento humano del área o servicio.	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	TALLERES DE HUMANIZACION
15	Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	UAT EN SEDES
16	Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	SEGUIMIENTO DE GUIAS
17	Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA ULC Y ESPACIOS DE COMUNICACIÓN CON LIDER O AREAS ENCARGADAS	MEDIO DE COMUNICACION
18	Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA ULC Y AUTOCONTROL SEMANAL	AUTOCONTROL Y CALIDAD
19	Participar en la Actualización de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades cuando se requiera.	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	PARTICIPACION EN ACTULIZACION DE GUIAS
20	Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar relacionado con las actividades o proyectos que ejecute.	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	AISTENCIA UAT BIMENSUAL
21	Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	si	ENTREGA OPORTUNA DE HISTORIAS CLINICAS MANUALES Y CLAPS EN ARCHIVO	ENTREGA DE HISTORIAS CLINICAS Y CONSENTIMIENTOS EN ARCHIVO
22	Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	SI	VERIFICACION DE AGENDAS	VERIFICACION DIARIA DE AGENDAS PROGRAMADAS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):5.419.296 CINCO MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ Y NUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIES PESOS

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor
JULI ANDREA PULIDO RODRIGUEZCC1022347737	

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022347737	JULI ANDREA PULIDO RODRIGUEZ	CARRERA 70C NUMERO 2-20	3749849	human_medicine@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-08	2020-08	I	07/09/2020	45188462	TOTAL A PAGAR	
					$636.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	252.100	0		0		0	0	0	0	252.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	322.600	0	0	0	0	0	0		322.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	49.200				49.200	0	0	49.200			492	49.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	12.100	0	0	12.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	252.100	252.100
Pensión	1	322.600	322.600
Riesgos Laborales	1	49.200	49.200
CCF	1	12.100	12.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	636.000	636.000

P 1 45188462 T A

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022347737	JULI ANDREA PULIDO RODRIGUEZ	CARRERA 70C NUMERO 2-20	3749849	human_medicine@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-08	2020-08	I	07/09/2020	45188462	$636.000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1022347737	PULIDO RODRIGUEZ JULI ANDREA	59	0			N								X									230201	2.016.211	322.600	0	0	0	0	EPS005	2.016.211	252.100	14-11	2.016.211	3	49.200	CCF24	2.016.211	12.100	0	0	0	0	0

PAGADA 2

A

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JULI ANDREA PULIDO RODRIGUEZ

C.C 1.022.347.737 DE BOGOTA

La suma de 5.419.296 , por concepto de: prestación de servicio de salud 186 horas mes, como médico general en la subred integrada de salud sur occidente, durante el periodo de 1 al 30 de a SEPTIEMBRE 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2261-2020

Juli Andrea Pulido Rodriguez

JULI ANDREA PULIDO RODRIGUEZ

C.C 1.022.347.737 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0075 00898924