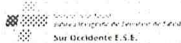


CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE
PAGO POR TESORERÍA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.			1032376489				
CORREO ELECTRONICO:			jabeltran@fucsasud.edu.co			CELULAR:			3214068739				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			UCI			SEDE:			FONTIBON				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		FO03J05	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:			Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		004870419860								PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			5501-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2				
NÚMERO DE CDP		FECHA	NÚMERO DE CRP			FECHA							
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	8	2020		31	8	2020			
VALOR HONORARIOS DIARIOS:			\$40.000										
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial			RESERVA DE GLOSA 0%								
OBSERVACIONES: se realizan 161 horas en Julio - 132 horas en Agosto- 96 adicionales y 19 horas pendientes de Julio, excendete por cambio del valor hora													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO						VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$15.725.749							
VALOR EJECUTADO						\$15.655.620							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$5.017.083							
VALOR A LIBERAR						\$0							
SALDO POR EJECUTAR						\$70.129							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%							
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:													
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES							
9409064976	\$2.649.571	\$331.196	\$423.931	3	\$64.544	\$819.671							
Dado en Bogotá a los días del mes de Agosto del año Dos Mil Veinte. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente													
 RODOLFO DUARTE CELY NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA							

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión	3		
			Fecha de aprobación	15/02/2018		
			Código:	04-02-FO-0003		
Ubicación del Servicio:	UCI		Sede: UNIDAD FONTIBON			
No. DE CONTRATO:	5501-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a
			1	08	2020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA		CC	1.032.376.489		DE bogota
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion 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.						
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____						
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS	
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.		100%	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes		100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
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		100%	Llevo 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		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.		100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.		PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	
Participar en la programación de actividades del área.		100%	Participo en la programación de actividades del área.		CUANDO SE REQUIERA	
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.		100%	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.		REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION	
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		CUANDO SE REQUIERA	
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.		100%	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.		ORDENES MEDICAS	
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.		100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.		100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.		100%	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.		CUANDO SE REQUIERA	
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.		100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Emitir conceptos médicos que se le requieran.		100%	Emito conceptos médicos que se le requieran.		CUANDO SE REQUIERA	
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.		100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.		PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento		100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento		CUANDO SE REQUIERA	
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.		100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.		FORMATO INSTITUCIONAL	
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.		100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.		CUANDO SE REQUIERA	
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.		100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.		CUANDO SE REQUIERA	
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.		100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.		CUANDO SE REQUIERA	
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.		100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.		CUANDO SE REQUIERA	
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred		100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred		SISTEMA DE INFORMACION	
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado		100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado		CUANDO SE REQUIERA	
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)	
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.		100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.		CUANDO LO REQUIERAN	
OBSERVACIONES:						
TOTAL A PAGAR \$ 5.019.083 CINCO MILLONES DIEZCIENTE MIL OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE						
 JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA CC. 1.032.376.489			 SUPERVISOR: RODOLFO DUARTE CELY			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033376489		BELTRAN PLAZA JULIAN ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 74A N 81C 74 MODELIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4298077	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión	Salud	Planilla	Limite	Pago	Valor
2020-07	69855635	9400064976	2020/08/25	2020/08/03	\$818,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,644,666	\$423,200			\$2,644,666	\$330,600			\$2,644,666	\$0			\$2,644,666	\$64,500			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$2,644,666	\$423,200			\$2,644,666	\$330,600			\$2,644,666	\$0			\$2,644,666	\$64,500			\$0	\$0	
1	CC 1033376489	BELTRAN JULIAN	230301	30	\$2,644,666	\$423,200	EP5002	30	\$2,644,666	\$330,600			\$2,644,666	\$0		14-11	\$0	\$64,500	0		\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$2,644,666	\$423,200			\$2,644,666	\$330,600			\$2,644,666	\$0			\$2,644,666	\$64,500			\$0	\$0	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA
C.C 1032376489 DE BOGOTÁ

La suma de \$ 5.017.083, por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como Medico General durante el periodo del 01 al 31 de AGOSTO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5501-2020



JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA

C.C 1032376489 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 004870419860

 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	15/02/2018	
			Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA									
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.			1032376489			
CORREO ELECTRONICO:			jabeltran@fucsalud.edu.co			CELULAR:			3214068739			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			UCI			SEDE:			FONTIBON			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO03J05	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			004870419860						PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			5501-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2		
NÚMERO DE CDP		1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP		32511	FECHA	31/07/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	8	2020		31	8	2020
VALOR HONORARIOS DIARIOS:				\$36.309							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%							

OBSERVACIONES: se realizan 161 horas en Julio - 132 horas en Agosto

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$12.824.339
VALOR EJECUTADO	\$10.638.537
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$4.792.788
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$2.185.802
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

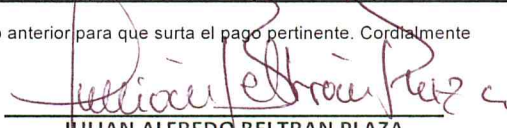
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

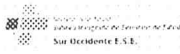
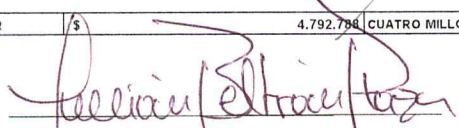
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2,194,508, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9409064976	\$2.649.571	\$331.196	\$423.931	3	\$64.544	\$819.671

Dado en Bogotá a los días del mes de Agosto del año Dos Mil Veinte. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente


RODOLFO DUARTE CELY
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión	3					
			Fecha de aprobación	15/02/2018					
			Código:	04-02-FO-0003					
Ubicación del Servicio:	UCI		Sede: UNIDAD FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	5501-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	08	2020	/	31	08	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA		CC	1.032.376.489		DE	bogota		
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion 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.									
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____									
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS		
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.		100%	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes		100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
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		100%	Llevo 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				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.		100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.				PROTOCOLOS INSTITUCIONALES		
Participar en la programación de actividades del área.		100%	Participo en la programación de actividades del área.				CUANDO SE REQUIERA		
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.		100%	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.				REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION		
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.				CUANDO SE REQUIERA		
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.		100%	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.				ORDENES MEDICAS		
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.		100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.		100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.		100%	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.				CUANDO SE REQUIERA		
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.		100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
Emitir conceptos médicos que se le requieran.		100%	Emito conceptos médicos que se le requieran.				CUANDO SE REQUIERA		
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.		100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.				PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES		
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento		100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento				CUANDO SE REQUIERA		
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.		100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.				FORMATO INSTITUCIONAL		
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.		100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregar a la persona encargada en caso de terminación del contrato.				CUANDO SE REQUIERA		
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.		100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.				CUANDO SE REQUIERA		
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.		100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.				CUANDO SE REQUIERA		
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.		100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.				CUANDO SE REQUIERA		
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred		100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred				SISTEMA DE INFORMACION		
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado		100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado				CUANDO SE REQUIERA		
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente				PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)		
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.		100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.				CUANDO LO REQUIERAN		
OBSERVACIONES:									
TOTAL A PAGAR		\$	4.792.794 CUATRO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE						
 JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA CC. 1.032.376.489					 SUPERVISOR: RODOLFO DUARTE CELY				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 103276489		BELTRAN PLAZA JULIAN ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 24A N 81C 74 MODELIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4258077	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Pago	Valor
2020-07	2020-07	698959635	9409064976	✓	I	2020/08/25	2020/08/25	2020/08/03	\$818,300

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	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte			
Sucursal PRINCIPAL (3 Afiliados)					\$2,644,666	\$423,200			\$2,644,666	\$330,600				\$0				\$2,644,666	\$64,500							\$0			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,644,666	\$423,200			\$2,644,666	\$330,600				\$0				\$2,644,666	\$64,500							\$0			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,644,666	\$423,200			\$2,644,666	\$330,600				\$0				\$2,644,666	\$64,500							\$0			
1	CC 103276489	BELTRAN JULIAN	230301	30	\$2,644,666	\$423,200	EPS002	30	\$2,644,666	\$330,600	0			\$0		14-11		\$2,644,666	\$64,500	0						\$0			
Total Afiliados(1)					\$2,644,666	\$423,200			\$2,644,666	\$330,600				\$0				\$2,644,666	\$64,500							\$0			

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA
C.C 1032376489 DE BOGOTÁ

La suma de \$ 4.792.788, por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como Medico General durante el periodo del 01 al 31 de AGOSTO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5501-2020



JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA
C.C 1032376489 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 004870419860