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	2310			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1946	FECHA	2026-09-14 16:23:24.000	NÚMERO DE CRP	37032	FECHA	2026-09-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-09-01		2026-09-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,835,540						
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:	$26,181,486
VALOR EJECUTADO	$22,873,356
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,835,540
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,308,130
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
8642865386	$1,134,216	$141,777	$181,475	5	$27,630	$350,881

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2026. 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 subred	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.	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
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
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 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 $2.835.540 (DOS MILLONES, OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL, QUINIENTOS 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 30 de SEPTIEMBRE DE 2026**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 2310-2026.**



JANET LILIANA CULMA PULGARIN

Nombre de contratista

CC. 1.075.228.045 DE NEIVA (HUILA)

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

Numero 50600017678

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	JANET LILIANA CULMA PULGARIN
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-1075228045
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-09-09
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1075228045
NOMBRE EMPLEADO	JANET LILIANA CULMA PULGARIN
EPS	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar COMPENSAR
ARL	SINARL
NÚMERO PLANILLA	8642865386
REFERENCIA PAGO(PIN)	8621241382
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2026-08
PERÍODO SALUD	2026-08
TIPO COTIZANTE	Independiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	0
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0,1600000	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.750.905	0,1250000	$ 218.900	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
0	0	0,0000000	$ 0	0

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
30	1.750.905	0,0200000	$ 35.100	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 280.200	$ 218.900	$ 0	$ 35.100	$ 534.200