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	1
		Fecha de aprobación	dd/mm/aaaa
		Código	F.Gest.Fin.anexo

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS FELIPE ANGULO BUSTILLO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	7322620							
CORREO ELECTRONICO:	langulo.asesoria.bog@gmail.co				CELULAR:	3186748379							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						FONTIBÓN ZONA FRANCA FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL			SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	7020031	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	470105150031								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5451-2021			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO:			3	DE	6		
NÚMERO DE CDP	268	FECHA	23/02/2021	NÚMERO DE CRP	10131	FECHA	3/03/2021				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o ambiental en el area de PIC, 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	3	2021		31	3	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 3%			33						

OBSERVACIONES: SE REALIZO METAS ADICIONALES ENERO.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR($)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.741.790
VALOR EJECUTADO	$7.741.790
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCION	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del pleno valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.318, 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
10332253	$1.680.000	$210.000	$268.800	3	$40.925	$519.725

Dado en Bogotá al mes de MARZO del año Dos Mil Veinte Y Uno (2021). La anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

LUIS FELIPE ANGULO BUSTILLO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Dirección del Servicio	[illegible]
No. DE CONTRATO	[illegible]
NOMBRE DEL CONTRATISTA	[illegible]

OBJETO DEL CONTRATO: [illegible]

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	[illegible]	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. [illegible]	SI	[illegible]	[illegible]
2. [illegible]	NO	No programado	No programado
3. [illegible]	SI	[illegible]	[illegible]
4. [illegible]	NO	No programado	No programado
5. [illegible]	SI	No programado	No programado
6. [illegible]	NO	No programado	No programado
7. [illegible]	NO	No programado	No programado
8. [illegible]	NO	No programado	No programado
9. [illegible]	SI	[illegible]	[illegible]
10. [illegible]	NO	No programado	[illegible]
11. [illegible]	NO	No programado	No programado
12. [illegible]	NO	No programado	No programado
13. [illegible]	NO	[illegible]	[illegible]
14. [illegible]	SI	[illegible]	[illegible]
15. [illegible]	NO	No aplica	No programado
[illegible]	NO	No aplica	No aplica
[illegible]	NO	No aplica	
[illegible]	SI	[illegible]	[illegible]
[illegible]	SI	[illegible]	[illegible]
[illegible]	SI	[illegible]	[illegible]
[illegible]	NO	No aplica	No aplica
[illegible]	NO	No programado	No programado
[illegible]	NO	[illegible]	[illegible]
[illegible]	SI	[illegible]	[illegible]
[illegible]	SI	[illegible]	[illegible]
[illegible]	NO	[illegible]	[illegible]
[illegible]	NO	[illegible]	[illegible]
[illegible]	SI	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

Simple

PAGOSIMPLE I

Fecha creación registro: 2021-03-15 04:39:45 AM Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla:

Periodo Cotización: febrero de 2021 Periodo Servicio: febrero de 2021 Referencia pago (PIN):

PAGACO 1893200 I EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS FELIPE ANGULO BUSTILLO		
Documento	CC 1020826251	Dirección	CR 9 CSTE 4(B - A)
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	1 (6) 7402019
Tipo Aportante	NATURAL	Forma Presentación	UNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Modalidad	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Caja			Parafiscales					Total
1	CC 1020826251	30	0																												

III. TOTALES

Línea de Servicio PAGOSIMPLE: Bogotá 644 0505 - Medellín 574 0505 - Barranquilla 385 0505 - Cali 554 0505 - Bucaramanga 697 0505 - Pereira 340 0505 - Manizales 887 0505 - Resto del País 01 8000 511 011 - Web: www.PagoSimple.com.co

Antes de imprimir, asegúrese que es realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en sus manos.

Bogotá DC MARZO 19 de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO __X__cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), adjunto certificación
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO __X___cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO ___X_____
5. SI _____ NO __X___ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO _X____ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $____0_____
8. Solicito SI _____ NO ___X____ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Artículo 383 del ET SI _____ NO_X__ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO ___X____

Atentamente

NOMBRE Luis Felipe Angulo Burbano FIRMA
C.C 1.015.423.731
UNIDAD Co P Zona Franca

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

Hoja Principal

001

4. Número de formulario: 14663823668

7 3 2 2 6 2 8 1 | 3

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida: 2	Cédula de Ciudadanía: 1 3	7 3 2 2 6 2 8 1	1 9 8 8 0 5 3 1

Lugar de expedición	29. Pais	30. Departamento	31. Ciudad/Municipio	32. Nacionalidad
CALI	1 6 9	7 6	0 0 1	0 6 7

33. Primer apellido	34. Segundo apellido	35. Primer nombre	36. Otros nombres
ANDULO	BUSTILLO	LUIS	FELIPE

37. Razón social:

38. Nombre comercial: L ANDULO FARMACY

UBICACION

39. Pais	40. Departamento	41. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

42. Dirección principal: CR 9 ESTE 38 40 CA 84 BRR SAN MATEO

43. Correo electrónico: an28gallo@yahoo.es

44. Código postal: 0 | 45. Teléfono 1: 3 1 0 6 7 4 0 3 7 8 | 46. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica: Actividad principal		Actividad económica: Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Fecha inicio actividad	52. Código	1 / 2	53. Código	54. Número establecimientos
4 7 7 4	2 0 1 8 0 9 2 0	7 4 9 0	2 0 1 8 0 9 2 0				1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

55. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	4	8																								

48 - No responsable de IVA.

Obligación aduanera

56. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

57. Firma	58. Fax

Tarifa	1	2	3
67. Modo			
68. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Asistió: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha: 2 0 2 0 0 3 1 7

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.10 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Bajo gravedad de juramento que la Ley exige.
Firma autorizada

66A. Nombre: ANDULO BUSTILLO LUIS FELIPE

66B. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generado documento PDF: 17-03-2020 08:13:49:000

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUIS FELIPE ANGULO BUSTILLO

CC 73226291 DE SAN JUAN NEPOMUCENO BOLIVAR

La suma de 3.570.149, por concepto de servicios PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2, QUIMICO FARMACEUTICO durante el periodo de 01 al 31 de marzo de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3451-2021

LUIS FELIPE ANGULO BUSTILLO

CC 73226291 DE SAN JUAN NEPOMUCENO BOLIVAR

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 470100100531