| 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: | DIANA CAROLINA GARCIA VALBUENA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 53064458 | |
| CORREO ELECTRONICO: | DIACARO23L@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 7677359-3103224654 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10L02 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570131136 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1494 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 1714 | FECHA | 2023-07-24 10:19:03.000 | NÚMERO DE CRP | 36530 | FECHA | 2023-07-31 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNOLOGO DE RADIOLOGIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-07-01 | | 2023-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,607,858 | | | | |
| 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: | $14,698,836 |
| VALOR EJECUTADO | $13,631,985 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,607,858 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,066,851 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 93% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7884425737 | $979,922 | $122,490 | $156,788 | 5 | $23,871 | $303,149 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
52791537
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 |
|---|---|---|
| 1) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Cumplo con confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica del Paciente. | Cumplo con confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica del Paciente. |
| 2) Llevar registro de la atención de los procedimientos realizados con equipos generadores de radiaciones ionizantes, 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 | llevo acabo el resgistro de los procedimientos realizados , | Todos los estudios realizados quedan enviados a la plataformas ITMS . |
| 3) Participar en la programación de actividades del área. | Participo en todas a las actividades programadas por la direccion del servicio. | Formato de actas de las actividades programadas. |
| 4) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Reporto todo evento de suceso de seguridad del paciente. | Aplicativo de seguridad al paciente |
| 5) 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. | Notifico las fallas de los equipos que opero al sistema que esta destinado para dicho proceso.Manejo los equipos utilizados para la consecucion de las imágenes y participo en las acciones de mejora del servicio. | Aplicativo almera. (mesa de ayuda), libros de entraga de turno y actas de compromiso. |
| 6) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | diligencio de forma adecuada los formatos establecidos por la institucion. | Aplicativo dinamica,almera e ITMS |
| 7) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica. | Diligencio el formato de consentimiento informado de acuerdo con la normatividad estipulada. | Formato de consentimiento informado diligenciado. |
| 8) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoyo con mi trabajo los protocolos establecidas para la ejecucion del mismo. | Estudios de imagenes diagnosticas. Cumpliamiendo las normas obligatorio del sistema obligarotio de garantia de calidad |
| 9) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Corroboro mes a mes con el supervisor del area el cumplimiento de las obligaciones a las cuales estoy comprometido | Relacion de obligaciones reportadas en elo suresoc. |
| 10) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Respondo por los equipos y elementos que son utilizados en el desarrollo de mi actividad. | Formato de entrega de turno. |
| 11) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca | Participo en todas las actividades a las cuales soy convocado . | Acta de jornada de capacitacion. |
| 12) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | conozco y cumplo con las campañas implementadas por la sub red | Actas de participacion. |
| 13) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Apoyo a la subred en todas las actividades dentro y fuera del hospital. | Actas de participacion. |
| 15) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Registro las actividades a las cuales me dedico durante mi jornada laboral. | Aplicativo dinamica, ITMS y almera |
| 16) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entrego puntualmente mes a mes el pago de los parafiscales. | Planilla de aportes |
| 17) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.. | Realizo las demas actividades queme sean encomendadas por mi supervisor. | estipuladas en una acta. |

Copia Certificado Subred Suroccidente

KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
52791537
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

DIANA CAROLINA GARCIA VALBUENA

**C.C. 53.064.458 DE BOGOTÁ**

La suma de Dos millones seiscientos siete mil ochocientos cincuenta y ocho **M/ Cte** (2.607.858) por concepto de prestar servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de imagenología dentro de los diferente procesos y procedimientos de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional, como **TECNOLOGO EN RX** durante el periodo del 1 DE Julio AL 31 DE julio del 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio **N0 1494-2023**



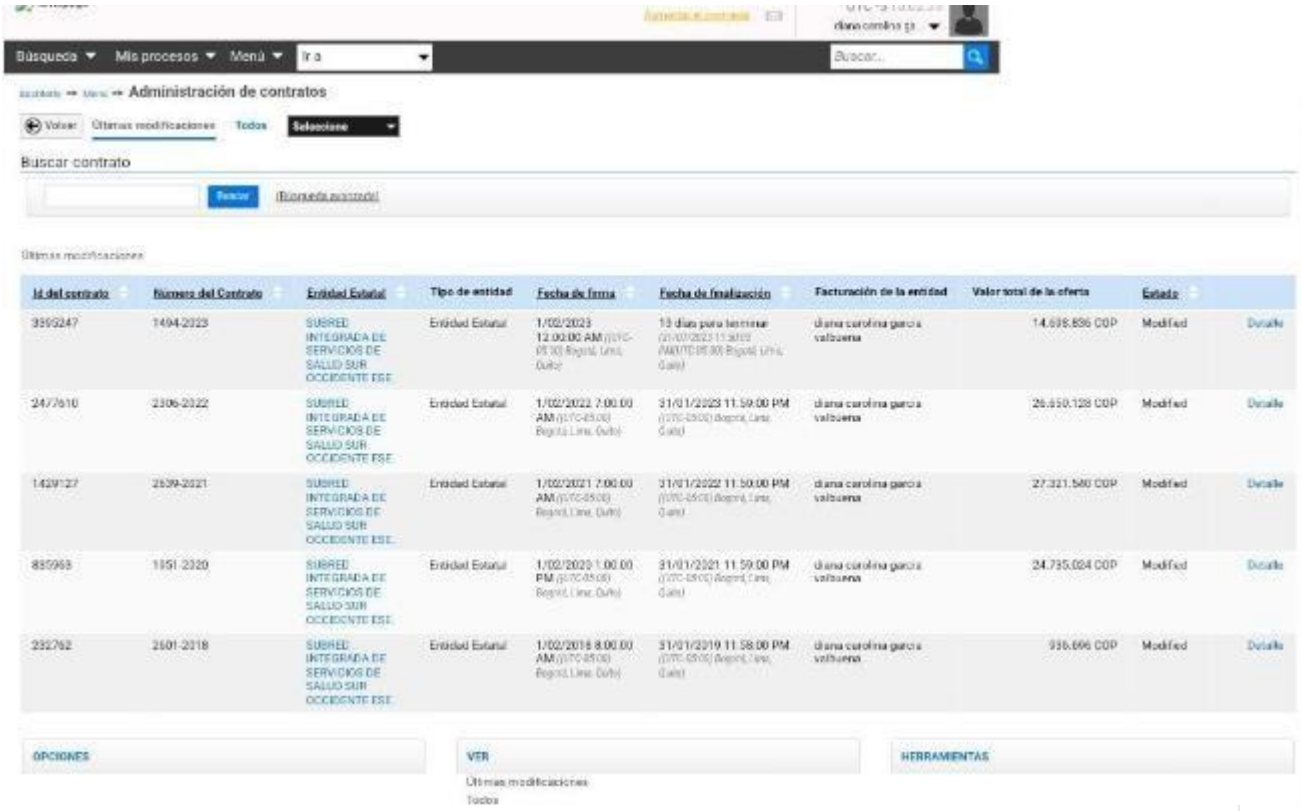
DIANA CAROLINA GARCIA VALBUENA

**C.C. 53.064.458 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO 0570000570131136**

**CEL: 3103224654**




## INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 53064458 | GARCIA | VALBUENA | DIANA | CAROLINA | 2017-08 | E.P.S SANITAS | BENEFICIARIO |
| CC | 53064458 | GARCIA | VALBUENA | DIANA | CAROLINA | 2023-05 | E.P.S SANITAS | COTIZANTE |
| CC | 53064458 | GARCIA | VALBUENA | DIANA | CAROLINA | 2016-04 | SALUD TOTAL S.A. | COTIZANTE |

## INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| E.P.S SANITAS | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 01/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 12/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 11/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 10/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 09/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 08/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

110 Registros en 11 Paginas

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 53064458 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DIANA CAROLINA GARCIA VALBUENA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 57A 4B-35 | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7884425737** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: junio | PERIODO COTIZACIÓN | | MES: | junio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2023 | SALUD: | | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/07/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 43875156 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 185.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 185.600** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 145.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 145.000** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 23.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 23.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 353.800** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 353.800** |