

SURESOC- SUBRED-SOC

Recibidos (71) - radiologiazon...

+

← → ↻

suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#/

🔍 ☆ ⬇️ ⋮

Administrativo <

Asistencial <

Contrato Actual: 4799-2024

3142785757 danielagomez2002@gmail.com

1000471502

Sede

SUBRED

AHORRO

No. de cuenta

550488443601510

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 21/06/2024.

RELACION DE CUENTAS 179733

🔍 Buscar

CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
179733	4799	2024-05-01 / 2024-05-31	\$7,050,564	\$2,325,186	95.76	\$312,525	● APROBADA	 
174485	4799	2024-04-01 / 2024-04-30	\$4,725,378	\$2,400,192	93.8	\$312,525	● APROBADA	 
172808	4799	2024-03-01 / 2024-03-31	\$2,325,186	\$2,325,186	46.15	\$2,712,717	● APROBADA	 

Filas por página:

5

1 - 3 de 3

⏪ ⏩ ⏴ ⏵

RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES

COPIAR OBLIGACIONES

CREAR OBLIGACIONES +

Activar Windows

viernes, 14 de junio de 2024

12:54 p. m.

14/06/2024

SURESOC- SUBRED-SOC

EQUIVALENTE-1000471502-20...

Recibidos (71) - radiologiazon...

+

← → ↻

suresoc.subredsuroccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/EQUIVALENTE-1000471502-20240514074006-DOCUMENTO%20EQUIVALENTE%20D...

🔍 ☆ ⬇️ ⋮

≡ EQUIVALENTE-1000471502-20240514074006-DOCUMENTO EQUIVALEN...

1 / 1

80%

+

⏴ ⏵

DOCUMENTOEQUIVALENTE FACTURA

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

NIT-900.959.048-4

DEBEA:

DANIELA GOMEZ HERNANDEZ

C.C 1.000.471.502 DE BOGOTA

La suma de \$ 2.325.186 (Dos millones trescientos veinticinco mil ciento ochenta y seis pesos)
Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Imagenología 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 durante el periodo de 01 al 31 de Mayo de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4799-2024



DANIELA GOMEZ HERNANDEZ

C.C 1.000.471.502 DE BOGOTA

Activar Windows

Ve a Configuración para activar Windows.

12:55 p. m.

14/06/2024

M-4799-2024 (1).pdfplanilla mayo.pdf

Archivo | C:/Users/farmacia/Downloads/planilla%20mayo.pdf

Dibujar

1 de 1

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DANIELA GOMEZ HERNANDEZ**, identificada con **CC número 1000471502**, aportó por el empleado **DANIELA GOMEZ HERNANDEZ** identificado(a) con **CC número 1000471502** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 05 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	CONTRANTE	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUCION	DAS	IBC	TARIFA APORTES	COTIZACION VO APORTES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXIGIDO
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	3			0	30	\$1.300,00	0.12500	\$162.500	\$0	Mayo - 2024	77846239	12/06/2024	NO
230301	Pensionar	3			0	30	\$1.300,00	0.16000	\$208.000	\$0	Mayo - 2024	77846239	12/06/2024	NO

12:57 p. m.
14/06/2024

 <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>					Versión	3		 <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div>	
Fecha de aprobación					2/15/2018				
Código:					04-02-FO-0002				

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Daniela Gomez Hernandez						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1000471502	
CORREO ELECTRONICO:			danielagomezh2002@gmail.com			CELULAR:		3142785757	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A D RADIOLÓGICA USS 51 ZONA FRANCA			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	FO08L02	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488443601510				PENSIONADO		NO

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

NÚMERO DE CONTRATO		4799		VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1356	FECHA	2024-05-30 10:50:48.000	NÚMERO DE CRP	33176	FECHA	2024-05-31 21:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:

TECNOLOGO DE RADIOLOGIA

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2024-05-01		2024-05-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES:

\$2,325,186

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:	\$7,363,089
VALOR EJECUTADO	\$7,050,564
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,325,186
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$312,525
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 \$2.194,507 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
77046116	\$960,077	\$120,010	\$153,612	5	\$23,387	\$297,009

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes y diligenciamiento del formato de radiología.	GUARDAR CONFIDENCIALIDAD ABSOLUTA SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES, EXIGIR Y VERIFICAR EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE RADIOLOGIA	CUMPLIR CON TODOS LOS REQUERIMIENTOS ÉTICOS CON RESPECTO A: INTIMIDAD EN EL ALISTAMIENTO PARA LA TOMA DEL ESTUDIO, CUMPLIENDO CON TODA LA ÉTICA ESTABLECIDA, PARA EL MES
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.	HACER EL DILIGENCIAMIENTO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LAS PLATAFORMAS DINAMICA Y ATRYS, ENVIAR LAS IMÁGENES ADECUADAS, TOMAR LOS ESTUDIOS DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS E INSTRUCTIVOS DE LA INSTITUCION	REGISTRAR LOS DATOS DEL PACIENTES EN LOS APLICATIVOS CORRESPONDIENTES SEGÚN AGENDA Y DILIGENCIANDO EL FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS, PARA EL MES
Participar en la programación de actividades del área	INGRESAR LOS DATOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION, APLICAR LA CORRECTA DESINFECCION DE LOS EQUIPOS Y ACCESORIOS UTILIZADOS	REGISTRAR LOS DATOS DEL PACIENTES EN LOS APLICATIVOS CORRESPONDIENTES SEGÚN AGENDA Y DILIGENCIANDO EL FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS, PARA EL MES
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	NOTIFICAR LOS EVENTOS POR MEDIO DEL REPORTE SUCESO DE SEGURIDAD	NOTIFICACIÓN OPORTUNA PARA EL MES
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.	REALIZAR LA CORRECTA NOTIFICACION EN EL SISTEMA DE INFORMACION ALMERA (MESA DE AYUDA) CUANDO SE REQUIERA	NOTIFICACIÓN OPORTUNA EN EL MOMENTO ENCONTRAR LAS FALLAS O PROBLEMAS QUE SURJA EN LA REALIZACIÓN DE LA TAREA ASIGNADA PARA EL MES
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	HACER EL DILIGENCIAMIENTO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LAS PLATAFORMAS DINAMICA Y ATRYS, ENVIAR LAS IMÁGENES ADECUADAS, TOMAR LOS ESTUDIOS DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS E INSTRUCTIVOS DE LA INSTITUCION	REGISTRAR LOS DATOS DEL PACIENTES EN LOS APLICATIVOS CORRESPONDIENTES SEGÚN AGENDA PARA EL MES
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica.	EXIGIR Y VERIFICAR EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, APLICAR LOS 4 INEQUIVOCOS Y CONSTATAR QUE LOS DOCUMENTOS ESTEN FIRMADOS POR EL PACIENTE Y EL MEDICO TRATANTE	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DILIGENCIADOS PARA EL MES
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	ADAPTAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y DEBERES TANTO DE LOS PACIENTES COMO DE MI MISMA COMO TECNOLOGA	TOMAR UN ESTUDIO DE CALIDAD QUE CONTRIBUYA CON EL DIAGNOSTICO PARA EL MES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	REGISTRAR EN EL SISTEMA LA INFORMACION DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON LA AUTO VERIFICACION DEL ESTUDIO TOMADO	REGISTRO EN EL APLICATIVO DE LA TOMA DE ESTUDIO PARA LOS PACIENTES
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	DILIGENCIAR LOS FORMATOS ADECUADOS CON LAS NOVEDADES QUE SE PUEDAN PRESENTAR EN CADA JORNADA, CUIDAR LOS ELEMENTOS QUE SE UTILIZAN PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES	FORMATO DE ENTREGA DE TURNO PARA EL MES
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca.	ASISTENCIA A LOS COMPROMISOS PROGRAMADOS EN LA INSTITUCION	FORMATO DE ASISTENCIA DE CAPACITACIÓN PARA EL MES
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 PARA EL MES

Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	ESTRA ENTERADOS DE TODOS LOS LINEAMIENTOS IMPARTIDOS POR LA SUBRED	CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE ASIGNADAS, SEGÚN LA INFORMACIÓN RECIBIDA PARA EL MES
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	TOMAR EL ESTUDIO DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS E INSTRUCTIVOS DE LA INSTITUCION E INGRESAR LOS DATOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION	REGISTRAR LOS DATOS DEL PACIENTE EN LOS APLICATIVOS CORRESPONDIENTES SEGÚN AGENDA PARA EL MES
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	ENTREGAR EL RECIBO DE PAGO DE APORTES	ENTREGA ACTIVIDADES AL FINALIZAR DEL MES
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES DESIGNADAS, ASISTIR A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA UNIDAD COMO: LA SUBRED SE CONECTA (VEMOS LAS GRAFICAS DE LAS FALLAS Y MEJORAS DEL SERVICIO, METAS PARA EL AÑO), LA TOMA DE SEDE (ACTIVIDADES Y FERIA SOBRE LOS EJES), ASEGURATE DEL MES (BUENA PRACTICA: CAIDAS, UPP, ETC)	ENTREGA ACTIVIDADES AL FINALIZAR DEL MES, ASISTENCIA Y PARTICIPACION EN CADA UNA DE LAS REUNIONES
<p>LILIANA CASTIBLANCO MOSOS 52619353 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		