

suresoc.subredsuoccidente.gov.co/cuenta#1/

Cuenta de Cobro

OPS

Dinámica / Contraseña

Activar-Base Poblacional

Administrativo

Asistencial

**Daniela Gomez Hernandez**

TECNOLOGO EN IMAGENES DIAGNOSTICAS

Contrato Actual: 1549-2025

3142785757 danielagomez2002@gmail.com

**Información del contratista**

Tipo de documento	Cédula de ciudadanía	Banco	BANCO DAVIVIENDA S.A
No. de documento	1000471502	Tipo de cuenta	AHORRO
Sede	SUBRED	No. de cuenta	550488443601510

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **19/02/2025**.

RELACION DE CUENTAS 226080

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
197995	4799	2024-08-01 / 2024-08-31	\$14,026,122	\$2,325,186	97.82	\$312,525	● APROBADA	
191778	4799	2024-07-01 / 2024-07-31	\$11,700,936	\$2,325,186	97.4	\$312,525	● APROBADA	
185309	4799	2024-06-01 / 2024-06-30	\$9,375,750	\$2,325,186	96.77	\$312,525	● APROBADA	
179733	4799	2024-05-01 / 2024-05-31	\$7,050,564	\$2,325,186	95.76	\$312,525	● APROBADA	

suresoc.subredsuoccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/EQUIVALENTE-1000471502-20240816122658-DOCUMENTO%20EQUIVALENTE%20DANIE...

EQUIVALENTE-1000471502-20240816122658-DOCUMENTO EQUIVALEN... 1 / 1 | 100%

**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 Agosto de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4799-2024

Daniela Gh

Activar Windows

Ve a Configuración para activar Windows.

Buscar

12:40 p.

18/02/20

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREGO	PLANILLA ADICIONAL	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/ANIO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/ANIO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
CC	1000471502	DANIELA GOMEZ HERNANDEZ	TV 1126 #94J 35	3142787572	Danielagomez2000@gmail.co						EMPLEADOS	UPC
											1	0
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA, D. C.	BOGOTA, D.C.	NO	2024-07	2024-07	I	09/08/2024	79356804	\$372.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS037	Nueva EPS	9001582642	162.000	0	0	0	0	0	7	900	0	163.400	1

TOTALES PENSION												
Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Subtotal Cotizacion	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										

TOTALES CAJAS							
Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	7	0	0	0
0	7	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.000	162.000
Pension	1	208.000	209.100
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
CFE	0	0	0

		Versión	3				
<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>		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	201	FECHA	2025-01-24 15:22:45.000	NÚMERO DE CRP	12150	FECHA	2025-01-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNOLOGO DE RADIOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
		2024-08-01			2024-08-31		
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 repercute 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:				\$14,338,647			
VALOR EJECUTADO				\$14,026,122			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA				\$2,325,186			
VALOR A LIBERAR				\$0			
SALDO POR EJECUTAR				\$312,525			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN				98%			
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	
79356804	\$930,074	\$116,259	\$148,812	5	\$22,657	\$287,728	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.							
<p style="text-align: center;">LILIANA CASTIBLANCO MOSOS 52619353 Supervisor</p>							
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 CLINICA 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 CLINICA 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 CLINICA 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, PARTICIPAR EN LAS DISTINTAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA UNIDAD COMO: ASEGURATE DEL MES (PROTOCOLO DE PERDIDA O FUGA), CAPACITACION DINAMICA WEB, LA SUBRED SE CONECTA, ETC.	ENTREGA ACTIVIDADES AL FINALIZAR DEL MES, ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE LA UNIDAD

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