

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			JOHN GUSTAVO FLOREZ OSORIO					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		80113995
CORREO ELECTRONICO:			johngustavo80@hotmail.com			CELULAR:		3508082756
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A D RADIOLÓGICA USS FONTIBÓN			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO03L02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			473970033113				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1552			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1360	FECHA	2025-06-12 16:34:13.000		NÚMERO DE CRP	28190	FECHA	2025-06-24 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		TECNOLOGO EN IMAGENES DIAGNOSTICAS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-01			2025-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,547,828			
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:					\$15,919,176			
VALOR EJECUTADO					\$13,206,972			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$2,547,828			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$2,712,204			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					83%			
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	
1072915828	\$1,019,131	\$127,391		\$163,061	5	\$24,826	\$315,278	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
JONY MAURICIO FUENTES DIAZ 80505575 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
1. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes y diligenciamiento del formato de radiología.	1. Cumpro con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes y diligenciamiento del formato de radiología.	cumpro 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 correspondiente al 2024
2. 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.	2. Llevo 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.	Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada y diligenciando el formato de limpieza y desinfección de los equipos utilizados, para el mes correspondiente al 2024
3. Participar en la programación de actividades del área.	3. Participo en la programación de actividades del área.	Firmar el formato de asistencia de capacitación para el mes correspondiente en el 2024
4. Manejar y operar equipos de radiaciones ionizantes de acuerdo al programa de protección Radiología resolución 482 de 2018.	4. Manejo y opero equipos de radiaciones ionizantes de acuerdo al programa de protección Radiología resolución 482 de 2018.	Notificación Oportuna para el mes correspondiente en el 2024
5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	5. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Notificación Oportuna en el momento encontrar las fallas o problemas que surja en la realización de la tarea asignada para el mes correspondiente en el 2024
6. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, durante el manejo y operar los equipos generadores de radiaciones ionizantes.	6. Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, durante el manejo y operar los equipos generadores de radiaciones ionizantes.	Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada para el mes correspondiente en el 2024
7. Participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	7. Participo en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Formato de consentimiento informado diligenciados para el mes correspondiente en el 2024
8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	8. Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	tomar un estudio de calidad que contribuya con el diagnostico para el mes correspondiente en el 2024
9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica.	9. Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica.	Registro en el aplicativo de la toma de estudio para los pacientes correspondientes en el 2024
10. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	10. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Formato de entrega de turno para el mes correspondiente en el 2024
11. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	11. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Formato de entrega de turno para el mes correspondiente en el 2024
12. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	12. Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Estar enterados de todos los lineamientos impartidos por la subred
13. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca.	13. Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca.	Estar enterados de todos los lineamientos impartidos por la subred
14. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	14. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	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.
15. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	15. Apoyo 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.
16. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	16. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Entrega actividades al finalizar del mes correspondiente al 2024

17. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. además, anexas las certificaciones de cumplimiento en la plataforma Secop II.	17. Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. además, anexas las certificaciones de cumplimiento en la plataforma Secop II.	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila) CON SU DEBIDO REGISTRO EN LA PLATAFORMA SOLICITADA (SECOP - SURESOC)
18. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	18. Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUANDO LO REQUIERA

JONY MAURICIO FUENTES DIAZ
80505575
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

PAGADA 17/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHN GUSTAVO FLOREZ OSORIO		
Documento	CC80113995	Dirección	CL 54A #80 C - 16
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3508082756
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 80113995	JOHN GUSTAVO FLOREZ OSORIO	3	0																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	\$1,423,500	\$227,800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$1,423,500	\$178,000	0.000	\$0	\$0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$405,800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licen- cias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,423,500	\$1,423,500	\$0	\$0	\$227,800	\$178,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$405,800	\$0	\$405,800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

Página 1 de 1

¡El Poder
de lo SIMPLE!



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	02. CTO 1552 - 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2025.pdf	02. CTO 1552 - 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	02. CTO 1552 - 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2025 - ADICIONALES.pdf	02. CTO 1552 - 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2025 - ADICIONALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	03. CTO 1552 - 2025 CUENTA DE COBRO MARZO DE 2025.pdf	03. CTO 1552 - 2025 CUENTA DE COBRO MARZO DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	04. CTO 1552 - 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2025.pdf	04. CTO 1552 - 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	05. CTO 1552 - 2025 ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS MAYO DE 2025.pdf	05. CTO 1552 - 2025 ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS MAYO DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	05. CTO 1552 - 2025 CUENTAS DE COBRO MAYO DE 2025.pdf	05. CTO 1552 - 2025 CUENTAS DE COBRO MAYO DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

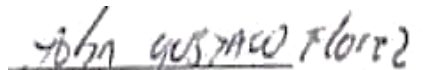
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOHN GUSTAVO FLOREZ OSORIO

C.C 80.113.995 DE BOGOTA

La suma de **(\$2.547.828.00)** pesos m/cte, por concepto de: ***Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Rehabilitación como TECNOLOGO EN RADIOLOGIA 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 30 de Junio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. 1552 – 2025.***


JOHN GUSTAVO FLOREZ OSORIO

C.C 80.113.995 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 473970033113