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 ALEJANDRA ENRIQUEZ ARISMENDY							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1085260720		
CORREO ELECTRONICO:	diana08214@hotmail.com				CELULAR:	3103711602		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	IMAGENOLOGIA NO RADIOLOGICA OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10L04	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570106070373555					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4216			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1360	FECHA	2025-06-12 16:34:13.000	NÚMERO DE CRP	29629	FECHA	2025-06-25 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-06-01		2025-06-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$15,263,375						
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:	$48,577,350
VALOR EJECUTADO	$33,313,975
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$15,263,375
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$15,263,375
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	69%

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
86773093-87711738	$7,220,240	$902,530	$1,155,238	5	$175,885	$2,233,653

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	Intervenir en la realización del estudio de tomografía simple y contrastada durante su jornada laboral, realizando los estudios especiales de radiología bajo control fluoroscopio (radiaciones ionizantes) de los pacientes de los servicios de urgencias, hospitalizados y pacientes ambulatorios y realización de ecografías convencionales y especializadas.	Registrar en la Plataforma Dinámica los informes de los estudios de Imágenes diagnosticas efectuados, cubriendo en extensión el servicio según programación mensual, utilizando protocolo de informe radiológico, durante el mes.
Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Mantener la confidencialidad de los consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes de las imagenes Diadnosticas realizadas e interpretadas.	Registrar en la plataforma Dinámica los informes de los estudios de imágenes diagnosticas efectuados. cubriendo en extensión el servicio según programación mensual, utilizando protocolo de informe radiológico, durante el mes.
Llevar registro de la atencion 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 facturacion.	Llevar diariamente el registro de los procedimientos y estudios realizados en los RIPS.	Registrar en el sistema de la institución los reportes de las lecturas de las intervenciones y estudios realizados (RIPS) del mes.
Participar en la programación de actividades del área	Participación de reuniones, capacitaciones físicas y virtuales a las que sea solicitado.	Firma de asistencia y certificados de capacitación virtual del mes.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reportar en el aplicativo Almera (sucesos de Seguridad del paciente) cuando ocurran.	Reportar oportuno suceso de seguridad en el mes.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notificación de la verificación de equipos biomédicos solicitar revisión y/o cambios de equipos y accesorios, mantenimiento, notificando las fallas de calidad que se presenten en el servicio cuando ocurran.	Reporte oportuno en el aplicativo (Mesa de ayuda) mes.
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Dar instrucciones a su equipo de trabajo (tecnólogo en imágenes Diagnosticas y auxiliar de enfermería y transcriptoras) antes, durante y después de la realización de los estudios de Imágenes Diagnosticas.	Socialización al grupo de trabajo sobre los procedimientos y actualización en técnicas de trabajo y atención de pacientes para el mes.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad, e integralidad " una Contraloría Aliada con Bogota" 33 www.contraloriabogota.gov.co Código postal 111321 Cra 32 A No 26A 10 pbx 3358888	Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento.	Diligenciar, aprobar y firmar el consentimiento informado para realización de los estudios de imágenes diagnosticas para el mes.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento.	Diligenciar, aprobar y firmar el consentimiento informado para realización de los estudios de imágenes diagnosticas para el mes.
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Realizar los estudios de tomografía y estudios especiales de radiología que utilicen medio de contrate endovenoso, llamando al paciente para su atención y verificando su estado de salud, evaluando los laboratorios pertinentes solicitados para la realización del estudio y conceptuando si es apto para efectuar los estudios, evaluando los riesgos de reacciones adversas al medio de contrate; una vez realizada esta labor, autorizar con su firma y sello la realización del examen solicitado por el medico tratante (consentimiento informado).	Diligenciar y aprobar y firmar el consentimiento informado para realización de los estudios de imágenes diagnosticas para el mes.
Informar al paciente y su familia sobre su condición. plan de manejo y atención	Diligenciar y aprobar y firmar el consentimiento informado para realización de los estudios de imágenes diagnosticas para el mes.	Informar al paciente su condicion medica y socializarle tambien a su familia.
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Emitir conceptos antes y despues de verificar su condicion medica de acuerdo a la especialidad.	Reportar la emision del concepto medico en el momento que se requiera.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Ser garante del cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad en los procedimientos prestados.	Cumplir con las normas en calidad con los procedimientos prestados.

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaborar el informe de actividades mensualmente para la verificacion del cumplimiento del contrato.	Cumplir con el informe de actividades mensual.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades.	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción. reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación. inducción. equipos de mejoramiento de acreditación. reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participar en las jornadas de capacitacion, induccion y reuniones para el mejoramiento de acreditacion.	Participar en las jornadas de capacitacion, induccion y reuniones para el mejoramiento de acreditacion.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred. además de apoyar la implementación de los mismos	Dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred.	Dar cumplimiento y apoyar la implementacion de los procedimientos establecidos para la sub red.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	No aplica	No aplica
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio. de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registrar de forma adecuada las actividades relacionadas con la prestacion del servicio.	Dar cumplimiento del registro de las actividades relacionadas con la prestacion del servicio en el mes.
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	No aplica	No aplica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Dar cumplimiento si se requiere la supervision	No aplica
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud. pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregar la planilla de pago debidamente cancelada.	Entregar la planilla de pago debidamente cancelada en le mes que se requiera.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Estar pendiente y de comun acuerdo de las nuevas actividades a realizar si se requieren.	Ejecutarlas de comun acuerdo con el supervisor.

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
5ffaf4108ad526494565454520303 9aa01e8589c9aa7de0470bd0a2abe9dfda369c6cf9a59fd373249b588a92348ecdd

Número de Factura: DAE-129
Fecha de Emisión: 25/06/2025
Fecha de Vencimiento: 25/07/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ENRIQUEZ ARISMENDY DIANA ALEJANDRA
Nombre Comercial: ENRIQUEZ ARISMENDY DIANA ALEJANDRA
Nit del Emisor: 1085260720
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 14 112 73 AP 410 BRR SANTA BARBARA
Teléfono / Móvil: 3103711602
Correo: diana08214@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 5551347
Correo: lidertintal@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	001	HONORARIOS MEDICOS E SPECIALIZADOS EN RADI OLOGIA	NIU	115,00	$ 132.725,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.263.375,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
25/06/2025 16:09:42
Documento validado por la DIAN:
25/06/2025 16:09:43
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	15263375
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	15263375
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	15263375
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 15263375

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	15.263.375,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	15.263.375,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	15.263.375,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 15.263.375,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764093654935 Rango desde: 126 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-11-27

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1085260720	DIANA ALEJANDRA ENRIQUEZ ARISMENDY	Carrera 72 c # 22 a-24 apto 712	3103711602	diana08214@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	23/05/2025	86773093	$464.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	187.500	0		0		0	0	0	0	187.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	187.500	187.500
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.100	464.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1085260720	DIANA ALEJANDRA ENRIQUEZ ARISMENDY		Carrera 72 c # 22 a-24 apto 712	3103711602	diana08214@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	23/05/2025	86773093	$464.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1085260720	ENRIQUEZ ARISMENDY DIANA ALEJANDRA	59	0			N																	25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS005	1.500.000	187.500	14-11	1.500.000	3	36.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información