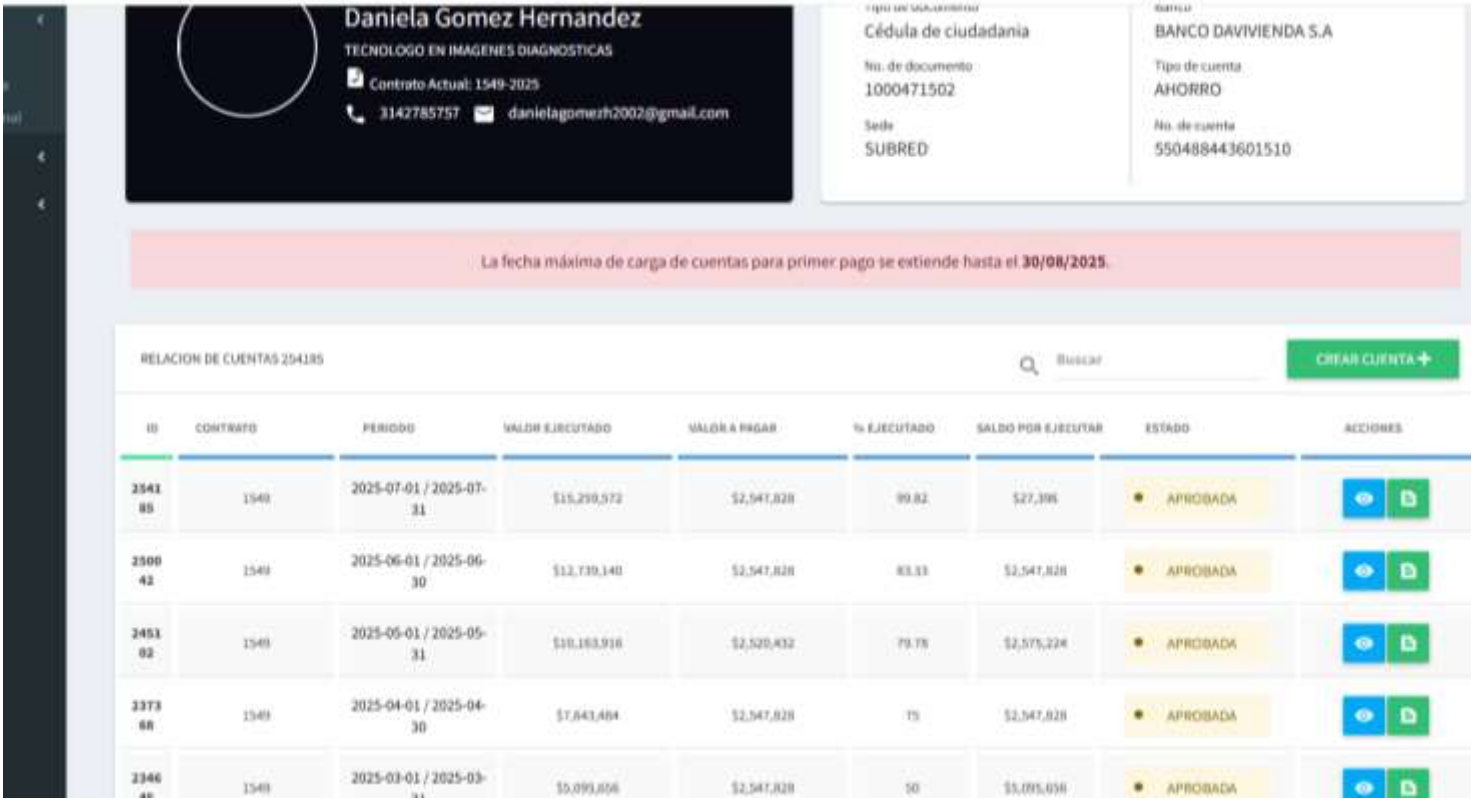

Daniela Gomez Hernandez
TECNOLOGO EN IMAGENES DIAGNOSTICAS
Contrato Actual: 1549-2025
3142785757
danielagomezh2002@gmail.com
Cédula de ciudadania
No. de documento
1000471502
Sede
SUBRED
BANCO DAVIVIENDA S.A
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
550488443601510
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 30/08/2025.
RELACION DE CUENTAS 254185
Buscar
CREAR CUENTA
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
254185
1549
2025-07-01 / 2025-07-31
$15,299,572
$2,547,828
99.82
$27,396
APROBADA
250042
1549
2025-06-01 / 2025-06-30
$12,739,140
$2,547,828
83.33
$2,547,828
APROBADA
245102
1549
2025-05-01 / 2025-05-31
$10,183,916
$2,520,432
79.78
$2,575,224
APROBADA
237368
1549
2025-04-01 / 2025-04-30
$7,643,484
$2,547,828
75
$2,547,828
APROBADA
2346
1549
2025-03-01 / 2025-03-
$5,095,656
$2,547,828
50
$5,095,656
APROBADA


ENTE-1000471502-20250725033753-DOCUMENTO EQUIVALENTE JULI...
1 / 27
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 $ 2.547.828 (Dos millones quinientos cuarenta y siete mil ochocientos veintiocho pesos) Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Imagenologia 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 JULIO de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1549-2025
Daniela G
DANIELA GOMEZ HERNANDEZ
C.C 1.000.471.502 DE BOGOTA

PLANILLA-1000471502-20250730041104-ilovepdf_merged.pdf 2 / 9 100%

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

[illegible]

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

PAGADA

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:	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	1549			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1614	FECHA	2025-08-11 13:02:55.000	NÚMERO DE CRP	34224	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNOLOGO EN IMAGENES DIAGNOSTICAS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01		2025-07-31		
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:	$15,286,968
VALOR EJECUTADO	$15,259,572
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,547,828
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$27,396
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
88084626	$1,019,131	$127,391	$163,061	5	$24,826	$315,278

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. 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

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
CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA 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	CUMPLO 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, ASI 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
MANEJAR Y OPERAR EQUIPOS DE RADIACIONES IONIZANTES DE ACUERDO AL PROGRAMA DE PROTECCIÓN RADIOLOGIA RESOLUCIÓN 482 DE 2018.	MANEJAR EL TIEMPO DE EXPOSICION DEL PACIENTE, CANTIDAD Y DOSIS DE RADIACION EN CADA ESTUDIO DE ACUERDO AL PROGRAMA DE PROTECCION RADIOLOGICA AL IGUAL QUE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA EL PACIENTE Y TRABAJADOR	TENER EN CUENTA EL TERMINO ALARA Y LA RESOLUCION 482 DE 2018.
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 ASIGNÁDAS Y ENTREGAROS 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

Copia Controlada Subred Sur Occidente

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 ASIGNADAS, SEGÚN LA INFORMACIÓN RECIBIDA PARA EL MES
APOYAR A LA SUBROD 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 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 EL ASEGURATE DEL MES: TEMA (GUIA DE BUENAS PRACTICAS EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS)	ENTREGA ACTIVIDADES AL FINALIZAR DEL MES, FIRMAR EL ASEGURATEN DEL MES

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

Copia Certificada Subred Suroccidente