

					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:			paula andrea mendez Muñoz					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1022440866
CORREO ELECTRONICO:			andreamunoz705@gmail.com			CELULAR:		3013118591
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A D RADIOLÓGICA HOSPITAL BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37L02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			91272887115				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		5289			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1780	FECHA	2025-08-29 11:13:55.000		NÚMERO DE CRP	38735	FECHA	2025-09-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		TECNOLOGO EN RADIOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01			2025-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,136,888			
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:					\$5,013,468			
VALOR EJECUTADO					\$2,136,888			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$2,136,888			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$2,876,580			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					43%			
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	
0	\$908,526	\$113,566		\$145,364	3	\$22,132	\$281,062	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
jefersson andres orjuela ayala 1022360481 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	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes y diligenciamiento del formato de radiología	adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes y diligenciamiento del formato de radiología
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	Lleve 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	registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred
Participar en la programación de actividades del área	Participe en la programación de actividades del área	actividades del área
Manejar y operar equipos de radiaciones ionizantes de acuerdo al programa de protección Radiología resolución 482 de 2018	Maneje y opere equipos de radiaciones ionizantes de acuerdo al programa de protección Radiología resolución 482 de 2018	maneje equipos de radiaciones
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	reporte criticos en mamografia
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, durante el manejo y operar los equipos generadores de radiaciones ionizantes	Notifique las fallas de calidad que se presenten en el servicio, durante el manejo y operar los equipos generadores de radiaciones ionizantes	notificacion de fallas de calidad en el servicio de mamografia
Participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Participe en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	participacion en los analisis convocados
. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	diligenciamiento adecuado de los formatos
. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica.	Diligencie el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica.	diligenciamiento de consentimiento informado en historia clinica
. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoye el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	cumplimiento de las normas SOGC
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elabore informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	informe mensual del desarrollo de actividades
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Respondi 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 mis actividades
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca	Participe en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca	participacion en jornadas de capacitacion, induccion y reuniones
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	cumplimiento a los procedimiento establecidos por la subred
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoye a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	actividades que demanden la institucion
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registre las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	actividades relacionadas a la prestacion del servicio
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.	Entregue 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.	certificacion de afiliacion

Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realice las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	demas actividades
<p>jefersson andres orjuela ayala 1022360481 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>		

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

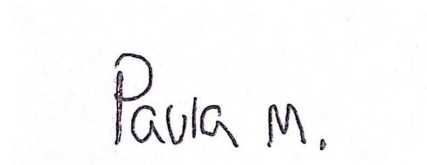
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAULA ANDREA MENDEZ MUÑOZ

C.C. 1.022.440.866 De Bogotá

Dos millones ciento treinta y seis mil ochocientos ochenta y ocho pesos (\$ 2.136.888) Pesos M/cte., por concepto de: 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, como **TECNOLOGO EN RX** durante el periodo 01 de septiembre al 30 de septiembre 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **5289 - 2025.**

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Paula M.", is centered within a faint, light-colored rectangular stamp or watermark.

PAULA ANDREA MENDEZ MUÑOZ

C.C. 1.022.440.866

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NÚMERO: 91272887114

Tel.: 3013118591

BOGOTÁ, Septiembre 25 de 2025

Señora:

MENDEZ MUÑOZ PAULA ANDREA

CC. 1022440866CL 54C SUR 98B 05 - 2999999

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 17 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
MENDEZ MUÑOZ PAULA ANDREA	1022440866	C	Sep-17-2019	53	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
DIODIAGNOSTICO S A S	1022440866	Dependiente	CERRADO
IMAGENES DE LA SABANA SAS	1022440866	Dependiente	CERRADO
IPS ACCION SALUD SAS	1022440866	Dependiente	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	1022440866	Dependiente	CERRADO
OCUPAR TEMPORALES SA	1022440866	Dependiente	CERRADO
PAULA ANDREA MENDEZ MUÑOZ	1022440866	Trabajador Independiente	VIGENTE
RADIOFAM SAS	1022440866	Dependiente	CERRADO
VIVASALUD IPS LTDA	1022440866	Dependiente	CERRADO
ADECCO COLOMBIA S A	1022440866	Dependiente	CERRADO
ADECCO COLOMBIA S A	1022440866	Dependiente	CERRADO
ADECCO SERVICIOS COLOMBIA S A	1022440866	Dependiente	CERRADO
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL	1022440866	Dependiente	CERRADO
CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO S A S	1022440866	Dependiente	CERRADO
CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	1022440866	Dependiente	VIGENTE
DIAGNOSTICA IPS SAS	1022440866	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

PAULA ANDREA MENDEZ MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.440.866**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 25 de septiembre de 2025

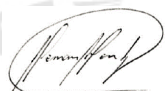
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que PAULA ANDREA MENDEZ MUÑOZ identificado(a) con C1022440866 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10224408662526841356

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos