DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LASUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

E.S.E NIT:900.959.048-4

Debe a

MANUELA HERRERA OBONAGA

C.C 1114122735 de Bolívar (valle)

La suma de dos millones quinientos cuarenta y siete mil, cuatrocientos cincuenta y seis ($2.547.456) M/CTE, por concepto de: Prestación de servicios de salud como tecnóloga en radiología en el CAPS VILLA JAVIER, durante el periodo de 1 al 30 NOVIEMBRE 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5329 -2025.



MANUELA HERRERA OBONAGA

C.C 1114122735 de Bolívar (valle).

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA NUMERO 60158818119

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1114122735
NOMBRES	MANUELA
APELLIDOS	HERRERA OBONAGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/12/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/27/2025 17:32:49	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1114122735	HERRERA	OBONAGA	MANUELA		2024-11	Suramericana	COTIZANTE
CC	1114122735	HERRERA	OBONAGA	MANUELA		2023-08	Emssanar	COTIZANTE
CC	1114122735	HERRERA	OBONAGA	MANUELA		2025-10	Compensar	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Compensar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2025	28	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2024	1	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	10/2023	25	COTIZANTE	Pago con cotización
Emssanar	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Emssanar	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Emssanar	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Emssanar	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Emssanar	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Emssanar	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Emssanar	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Emssanar	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Emssanar	12/2022	20	COTIZANTE	Pago con cotización
Emssanar	01/2022	30	COTIZANTE	Estado Emeregencia

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	ejecucion septiembre 2025.pdf (Archivado)	ejecucion septiembre 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ejecucion septiembre 2025.pdf	ejecucion septiembre 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	secop octubre 2025 Manuela H.pdf	secop octubre 2025 Manuela H.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

c0IRF8LAbl

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Certifica que:

MANUELA HERRERA OBONAGA

Identificado con:

1114122735

Participó y aprobó:

El Curso virtual de Ejes de Acreditación con una intensidad horaria de 4 Horas

Yeimy Lorena Colmenares González
Director Operativo – Gestión del Talento Humano

Sharon Mc Cartney Scott
Referente Acreditación – Oficina de Calidad

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

November 10, 2025

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Validez 2 años

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	1114122735	MANUELA HERRERA OBONAGA	calle 65 sur #68c 30	3113246820	herreraobonagamanu@gmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	14/10/2025	90602337	$405.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	405.800

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	1114122735	MANUELA HERRERA OBONAGA		calle 65 sur #68c 30	3113246820	herreraobonagamanu@gmail.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	
2025-10	2025-10	I	14/10/2025	90602337	$405.800	

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	1114122735	HERRERA OBONAGA MANUELA	3	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	MANUELA HERRERA OBONAGA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1114122735	
CORREO ELECTRONICO:	herreraobonagamanu@gmail.com				CELULAR:	3113246820	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D RADIOLÓGICA USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35L02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	60158818119				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5329			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2295	FECHA	2025-11-21 15:51:57.000	NÚMERO DE CRP	52753	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNOLOGO EN RADIOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-11-01		2025-11-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,547,456						
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:	$9,943,296
VALOR EJECUTADO	$7,395,840
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,547,456
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,547,456
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	74%

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
90602337	$1,018,982	$127,373	$163,037	3	$24,822	$315,232

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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 clínica de los pacientes y diligenciamiento del formato de radiología.	Cumplo con confidencialidad absoluta en lo referente a la historia clinica del paciente y el formato de radiología	En el aplicativo dinámica realizar observaciones correspondientes al trabajo realizado
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.	llevo a cabo el registro de los procedimientos realizados	todos los estudio s realizados quedan enviados en la plataforma atrys
Participar en la programación de actividades del área	participo en todas las actividades programadas por la dirección del servicio	formato de actas de las actividades programadas
Manejar y operar equipos de radiaciones ionizantes de acuerdo al programa de protección Radiologia resolución 482 de 2018.	manejo equipos generadores de radiaciones ionizantes para la toma de los estudio radiológicos	en el aplicativo dinamica reportar dosis generada en cada estudio
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	reporto todo evento de suceso de seguridad del paciente	reporto todo evento de suceso de seguridad del paciente
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, durante el manejo y operar los equipos generadores de radiaciones ionizantes.	notifico las fallas de los equipos que opero al sistema que esta destinado para dicho proceso. Manejo los equipos utlizados para la consecución de las imagene	aplicativo almera. (mesa de ayuda), libros de entrega de turno y actas de compromiso
Participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	participo en los analisis y actividades de mejora del servicio	en actas de participación y compromiso.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	diligencio de forma adecuada los formatos establecidos por la institución	aplicativo dinamica, almera y atrys.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica.	diligencio el formato del consentimiento informado de acuerdo con la normatividad estipulada	formato de consentimiento informado diligenciado
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	apoyo con mi trabajo los protocolos establecidos para la ejecución del mismo	estudios de imagenes diagnosticas cumpliendo las normas obligatorias del sistema obligatorio de garantias
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	corroboro mes a mes con el supervisor del área el cumplimiento de las obligaciones a las cuales estoy comprometido	relación de obligaciones reportadas en el suresoc
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	respondo por los equipos y elementos que son utilizados en el desarrollo de mi actividad	formato de entrega de turno
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca.	participo en todas las actividades a las cuales estoy convocado	acta de jornada participación
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	conozco y cumplo con las campañas implementadas por la sub red	acta de participación
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	apoyo a la subred en todas las actividades dentro y fuera del hospital	acta de participación
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	registro las actividades a las cuales me dedico durante mi jornada laboral	aplico dinamica, avantage y almera
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente, además, anexar las certificaciones de cumplimiento en la plataforma Secop II.	entrego puntualmente mes a mes el pago de los parfiscales y certificado del secop II	Certificación de afiliación a seguridad social y secop II
Realizar las demás actividades asignadas acorde con el objeto del contrato	Realizo las actividades que me sean encomendadas por mi supervisor	Estipuladas en un acta

Copia Controlada
Subred Suroccidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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