DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

AIDE SUSANA SUAREZ TORRES

C.C. 52.481. 717 DE Bogotá

Dos millones quinientos cuarenta y siete mil ochocientos veintiocho ($ 2.547.828) 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 TECNÓLOGO EN RX durante el periodo 1 al 30 de noviembre de 2025 de conformidad con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios **No : 1548- 2025**



AIDE SUSANA SUAREZ TORRES
C.C. 52.481. 717 de Bogotá CUENTA
DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 488410188343
Cel.: 3195591652

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:	AIDE SUSANA SUAREZ TORRES						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52481717	
CORREO ELECTRONICO:	famipersua@gmail.com				CELULAR:	3195591652	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D RADIOLÓGICA USS 50 MEXICANA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU50L02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488410188343				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1548			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2295	FECHA	2025-11-21 15:51:57.000	NÚMERO DE CRP	52682	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:			$2,547,828				
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:	$28,026,108
VALOR EJECUTADO	$28,026,108
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,547,828
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
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
1076309129	$1,019,131	$127,391	$163,061	5	$24,826	$315,278

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

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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 diligeciamiento del formato de radiologia.	Cumplo con confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica 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 acabo el registro de los procedimientos realizados.	Todos los estudios realizados quedan enviados a la plataformas ATRYS.
Participar en la programación de actividades del área.	Participo en todas a 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 proteccion radiologia resolucion 482 de 2018 .	Manejo equipos generadores de radiaciones Ionizantes para la toma de los estudios radiológicos.	En el aplicativo dinámica 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 utilizados para la consecución de las imágenes.	Aplicativo Almera, (mesa de ayuda), libros de entrega de turno y actas de compromiso.
participaren los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidad para el servicio	Participo en los análisis 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 Dinámica, Almera y Atrys.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica.	Diligencio el formato de 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 imágenes diagnósticas. Cumpliendo las normas obligatorias del sistema obligatorio de garantía de calidad.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y 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 convocado	Participo en todas las actividades a las cuales soy convocado(a).	Acta de jornada de capacitación.
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 Subred.	Actas 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.	Actas 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.	Aplicativo Dinámica, Avantage y Almera.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente ademas anexar las certificaciones de cumplimiento en la plataforma secop II	Entrego puntualmente mes a mes el pago de los parafiscales y certificado del secop II.	Planilla de aportes y Secop II.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que me sean encomendadas por mi supervisor. Apoyo en las auditorias internas y externas de los diferentes entes de control que visitan el servicio.	Estipuladas en una acta acta de auditorias y visitas de los entes de control.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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 Controlada Subred Suroccidente

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

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		
☐	CUENTA FEBRERO AIDE SUAREZ.pdf	CUENTA FEBRERO AIDE SUAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2025 AIDE SUAREZ.pdf	CUENTA MARZO 2025 AIDE SUAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 AIDE SUAREZ.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 AIDE SUAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA MAYO 2025 AIDE SUAREZ.pdf (Archivado)	CUENTA MAYO 2025 AIDE SUAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA MAYO 2025 AIDE SUAREZ (2).pdf (Archivado)	CUENTA MAYO 2025 AIDE SUAREZ (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	JUNIO 2025_AST.pdf (Archivado)	JUNIO 2025_AST.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA MAYO 2025 AIDE SUAREZ (2) (4).pdf (Archivado)	CUENTA MAYO 2025 AIDE SUAREZ (2) (4).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO_ 2025_AIDE SUAREZ.pdf	MAYO_ 2025_AIDE SUAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO2025_AIDESUSANA.pdf	JUNIO2025_AIDESUSANA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO2025_AIDESUAREZ ok.pdf	JULIO2025_AIDESUAREZ ok.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO2025_AIDESUAREZ.pdf	AGOSTO2025_AIDESUAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE2025_AIDESUAREZ.pdf	SEPTIEMBRE2025_AIDESUAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE2025_AIDESUAREZ.pdf	OCTUBRE2025_AIDESUAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-15, 04:28:34 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076309129

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 12/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AIDE SUSANA SUAREZ TORRES		
Documento	CC52481717	**Dirección**	CL 19 #9 - 130 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3195591652
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MADRID	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días 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 52481717	AIDE SUSANA SUAREZ TORRES	03	00																	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, Licencias, 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	$ 1.400	$ 407.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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