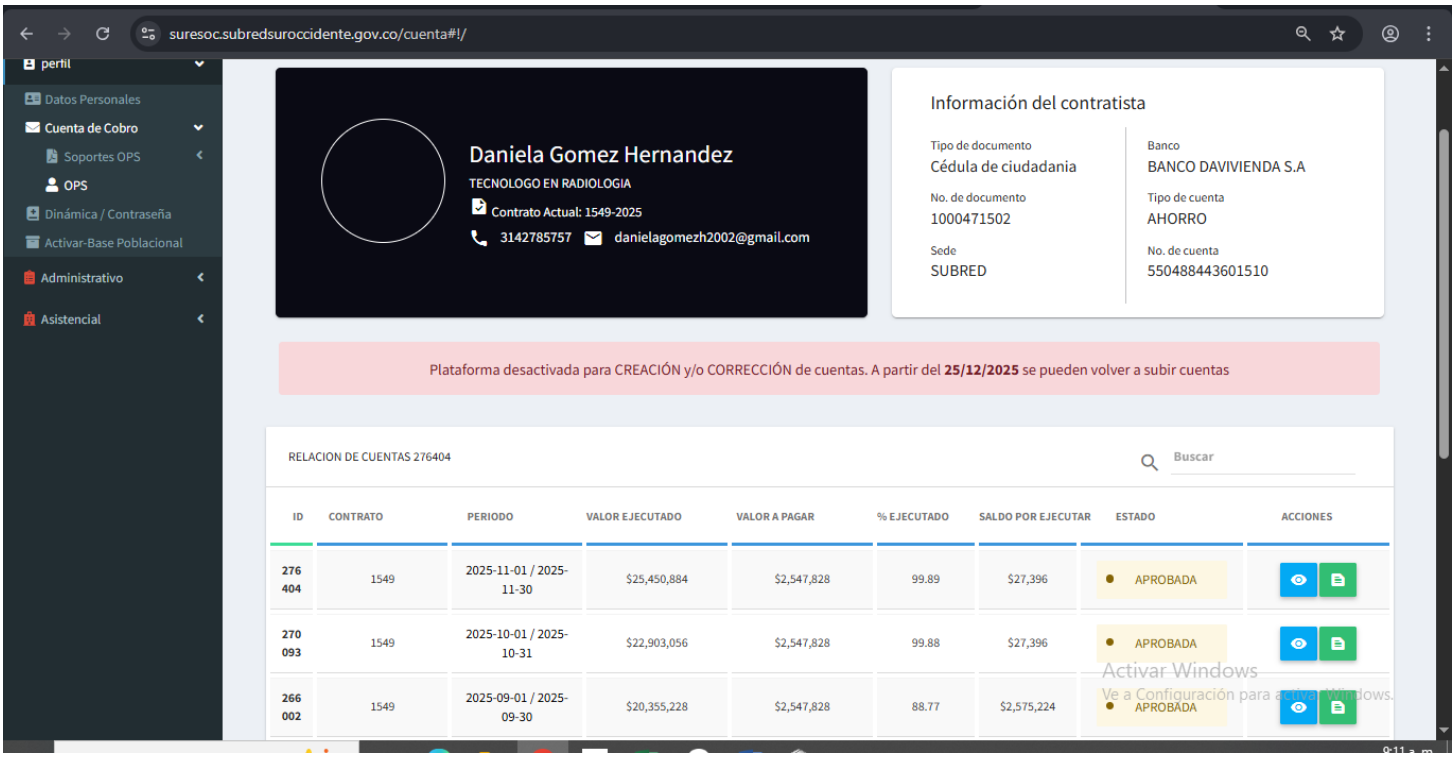
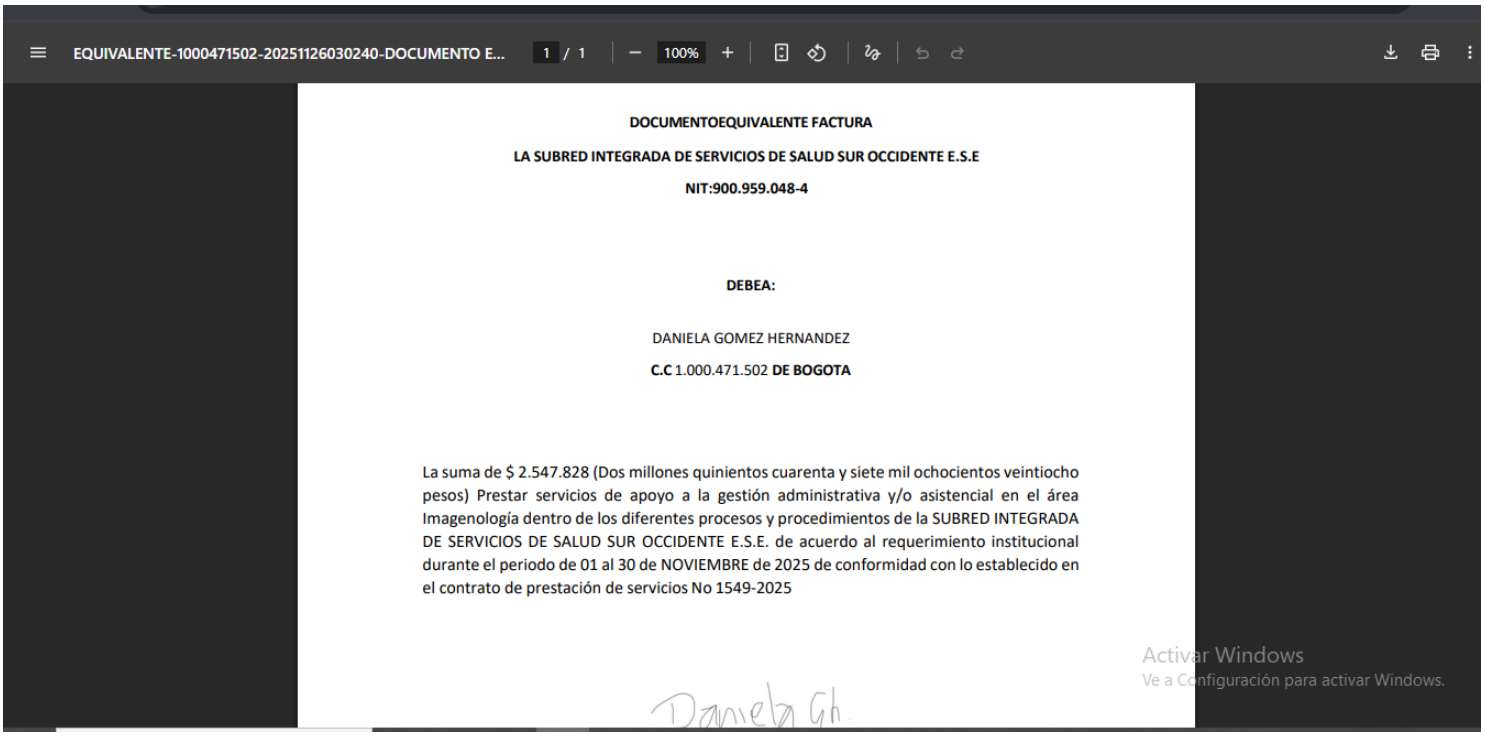

suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
Soportes OPS
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
Daniela Gomez Hernandez
TECNOLOGO EN RADIOLOGIA
Contrato Actual: 1549-2025
3142785757
danielagomezh2002@gmail.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
No. de documento
1000471502
Sede
SUBRED
Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
550488443601510
Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del 25/12/2025 se pueden volver a subir cuentas
RELACION DE CUENTAS 276404
Buscar
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
276 404
1549
2025-11-01 / 2025-11-30
$25,450,884
$2,547,828
99.89
$27,396
APROBADA
270 093
1549
2025-10-01 / 2025-10-31
$22,903,056
$2,547,828
99.88
$27,396
APROBADA
266 002
1549
2025-09-01 / 2025-09-30
$20,355,228
$2,547,828
88.77
$2,575,224
APROBADA
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.


EQUIVALENTE-1000471502-20251126030240-DOCUMENTO E...
1 / 1
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 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 durante el periodo de 01 al 30 de NOVIEMBRE de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1549-2025
Daniela Gh
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

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	1000471502	DANIELA GOMEZ HERNANDEZ		TV 112c #64d 35	3142785757	Danielagomezh2002@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	05/11/2025	91187643	$405.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Código	Días a reportar	Días a cotizar	Horas a cotizar	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SUS	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	Centro trabajo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000471502	GOMEZ HERNANDEZ DANIELA	3	0																	N	23030I	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	%	Centro de costo	%				
	FO08L02	70	KE11L02	30				
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	2295	FECHA	2025-11-21 15:51:57.000	NÚMERO DE CRP	52683	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:	$25,478,280
VALOR EJECUTADO	$25,450,884
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
91187643	$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.

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, REALIZAR EL REPORTE SUCESO DE SEGURIDAD: DE NOVIEMBRE CODIGO 94050, PARTICIPAR EN EL ASEGURATE DEL MES: TEMA (PIEZAS COMUNICATIVAS USUARIO PROTEGIDO), PRODUCTIVIDAD EN SESIONES/CONSULTAS: 4.2	ENTREGA ACTIVIDADES AL FINALIZAR DEL MES, REPORTE DE SUCESO DE SEGURIDAD Y FIRMAR EL ASEGURATE

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