

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

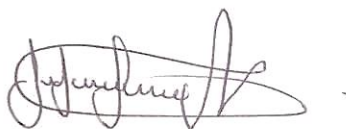
900.959.048-4

DEBE A:

AIDÉ SUSANA SUÁREZ TORRES

C.C. 52.481. 717 DE Bogotá

Dos millones novecientos treinta mil cincuenta y ocho (\$ 2.930.058) 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 31 de mayo de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No : 2323- 2026.**



AIDÉ SUSANA SUÁREZ TORRES

C.C. 52.481.717 de Bogotá D.C.

Cuenta de Ahorros Banco DAVIVIENDA número 488410188343

Celular: 319 5591652

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
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	2323			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1080	FECHA	2026-05-11 14:54:34.000	NÚMERO DE CRP	18330	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-05-01		2026-05-31		

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$2,930,058

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 repercute 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:	\$17,580,348
VALOR EJECUTADO	\$11,720,232
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,930,058
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$5,860,116
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
1081180143	\$1,172,023	\$146,503	\$187,524	5	\$28,550	\$362,577

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. 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

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 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 a cabo el registro de los procedimientos realizados.	Todos los estudios realizados quedan enviados a la plataforma 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 protección Radiología resolución 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.
Participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas 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 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(a).	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 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. además, 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 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 Certificada
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](#)

✓ Datos guardados

[↶ Cancelar](#)

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

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
<input type="checkbox"/>	FEBRERO2026_AIDESUAREZ.pdf	FEBRERO2026_AIDESUAREZ.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	MARZO2026_AIDESUAREZ.pdf	MARZO2026_AIDESUAREZ.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	ABRIL2026_AIDESUAREZ.pdf	ABRIL2026_AIDESUAREZ.pdf	Proveedor Descargar Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

[Cancelar](#)

< Evaluación de la Entidad Estatal >



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-26, 02:41:58 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081180143

Periodo Cotización: abril de 2026

Periodo Servicio: abril de 2026

PAGADO 09/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

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	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AMP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANE	Dias 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	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100

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
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100	\$ 1.600	\$ 500.700