

					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:			ARCILA CABRERA WBER DEYBY					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		80157371
CORREO ELECTRONICO:			wber2013@gmail.com			CELULAR:		3016200789
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:	BANCO FALABELLA S A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			111830052177				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		2288			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1080	FECHA	2026-05-11 14:54:34.000		NÚMERO DE CRP	17945	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2026-06-01			2026-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,835,540			
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:					\$17,296,794			
VALOR EJECUTADO					\$14,082,882			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$2,835,540			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$3,213,912			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					81%			
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	
37414255	\$1,096,409	\$137,051		\$175,425	5	\$26,709	\$339,185	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. 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.	Cumplo con confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica del Paciente.	En el aplicativo dinamica realizar observaciones conrrespondientes 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 resgistro 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 direccion del servicio.	Formato de actas de las actividades programadas
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporto todo evento de suceso de seguridad del paciente.	Aplicativo de seguridad al paciente
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, manójar 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.	Notifico las fallas de los equipos que opero al sistema que esta destinado para dicho proceso.Manejo los equipos utilizados para la consecucion de las imágenes y participo en las acciones de mejora del servicio.	Aplicativo almera. (mesa de ayuda), libros de entrega de turno y actas de 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 institucion.	Aplicativo dinamica,almera e 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 Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo con mi trabajo los protocolos establecidos para la ejecucion del mismo.	Estudios de imagenes diagnosticas. Cumpliamiendo las normas obligatorio del sistema obligarotio de garantia de calidad
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas el suporvisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Corroboro mes a mes con el supervisor del area el cumplimiento de las obligaciones a las cuales estoy comprometido	Relacion de obligaciones reportadas en elo 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 .	Acta de jornada de capacitacion.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos ostablecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,	conozco y cumplo con las campañas implementadas por la sub red	Actas de participacion.
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 participacion.
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 dinamica, avantage y almera
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmento	Entrego puntualmente mes a mes el pago de los parafiscales.	Planilla de aportes
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demas actividades queme sean encomendadas por mi supervisor.	estipuladas en una acta.

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



RAZÓN SOCIAL :	WBER ARCILA
IDENTIFICACIÓN:	CC-80157371
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-10
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-06-18
FECHA DE PAGO:	2026-06-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO FALABELLA S.A.
PERÍODO PENSIÓN:	2026-05
PERÍODO SALUD:	2026-05
NÚMERO PLANILLA:	37414255
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37414255
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100	\$ 499.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/07/2026
----------------------------------	------------



¡Hola, wber deyby arcila cabrera!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 499.100,00

Empresa: ASOPAGOS

Descripción: Pago de seguridad Social Integrado

Fecha de la transacción: 10/06/2026

CUS: 379020027

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:



En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5



Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



ACHColombiaOficial



@ACHColombia_



ACH Colombia Oficial

6:14

VoWiFi 38



docs.google.com



32



Encuentro de aprendizaje continuo imágenes diagnosticas

Se registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. -
[Comunicarse con el propietario del formulario](#) -
[Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

Google Formularios



PRE TEST Y POST TEST CAPACITACIÓN ASEGÚRATE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

FECHA

2026-06-04

(Hoy)



SEDE

Hospital de Bosa



SERVICIO

Radiología



NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Wber Deyby Arcila Cabrera

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

80157371

PERFIL

Técnico en radiología



SELECCIONAR

PRE TEST



Siguiente





Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Sur Occidente E.S.E.

PRE TEST Y POST TEST CAPACITACIÓN ASEGÚRATE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

FECHA



Pregunta requerida

SEDE

RESULTADO: 60 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

PERFIL

Pregunta requerida



ASEGURATE MAYO

Se ha registrado tu respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. -
[Contactar con el propietario del formulario](#) - [Términos del Servicio](#) -
[Política de Privacidad](#)

¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios





Hace constar que:

WBER DEYBY ARCILA CABRERA

realizó el Curso Virtual de

Detección Temprana de Cáncer de la Cavidad Oral y Orofaringe

Con intensidad de 50 horas

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico
ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el 10 de Junio de 2026

Dra. Carolina Wiesner Ceballos
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología



Hace constar que:

WBER DEYBY ARCILA CABRERA

realizó el Curso Virtual de

Detección temprana de cáncer de mama

Con intensidad de 50 horas

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico
ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el 20 de Junio de 2026

Dra. Carolina Wiesner Ceballos
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología



bf901aaa-f29d-429c-b27c-2918fb44f4ae

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

WBER DEYBY ARCILA CABRERA

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

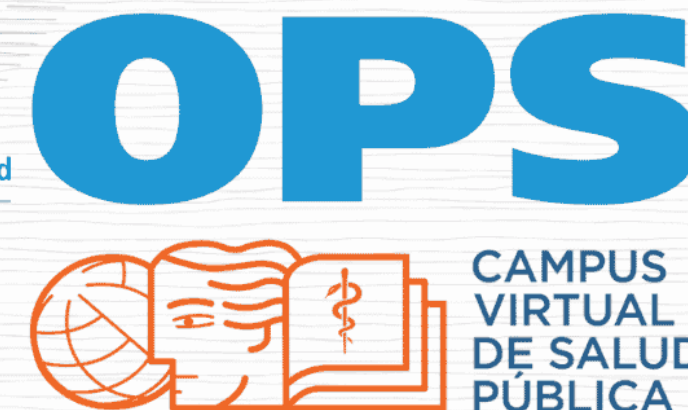
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

3 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) WBER DEYBY ARCILA CABRERA identificado(a) con Cedula Ciudadania 80157371, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240520	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Junio de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
32690897

CER-AFI

**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:

WBER DEYBY ARCILA CABRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.157.371**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Junio del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 18 de junio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que WBER DEYBY ARCILA CABRERA identificado(a) con C80157371 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.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C801573712616945554



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	80157371
NOMBRES	WBER DEYBY
APELLIDOS	ARCILA CABRERA
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	01/08/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/18/2026 12:37:57	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](#)

					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:			ARCILA CABRERA WBER DEYBY					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		80157371
CORREO ELECTRONICO:			wber2013@gmail.com			CELULAR:		3016200789
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:	BANCO FALABELLA S A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			111830052177				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		2288			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1080	FECHA	2026-05-11 14:54:34.000		NÚMERO DE CRP	17945	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:					\$2,741,022			
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:					\$17,296,794			
VALOR EJECUTADO					\$11,247,342			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$2,741,022			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$6,049,452			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					65%			
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	
37044994	\$1,134,216	\$141,777		\$181,475	5	\$27,630	\$350,881	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. 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.	Cumplo con confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica del Paciente.	En el aplicativo dinamica realizar observaciones conrrespondientes 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 resgistro 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 direccion del servicio.	Formato de actas de las actividades programadas
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporto todo evento de suceso de seguridad del paciente.	Aplicativo de seguridad al paciente
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, manojear 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.	Notifico las fallas de los equipos que opero al sistema que esta destinado para dicho proceso.Manejo los equipos utilizados para la consecucion de las imágenes y participo en las acciones de mejora del servicio.	Aplicativo almera. (mesa de ayuda), libros de entrega de turno y actas de 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 institucion.	Aplicativo dinamica,almera e 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 Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo con mi trabajo los protocolos establecidos para la ejecucion del mismo.	Estudios de imagenes diagnosticas. Cumpliamiendo las normas obligatorio del sistema obligarotio de garantia de calidad
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas el suporvisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Corroboro mes a mes con el supervisor del area el cumplimiento de las obligaciones a las cuales estoy comprometido	Relacion de obligaciones reportadas en elo 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 .	Acta de jornada de capacitacion.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos ostablecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,	conozco y cumplo con las campañas implementadas por la sub red	Actas de participacion.
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 participacion.
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 dinamica, avantage y almera
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmento	Entrego puntualmente mes a mes el pago de los parafiscales.	Planilla de aportes
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demas actividades queme sean encomendadas por mi supervisor.	estipuladas en una acta.

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

FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 24-jun-2026

El futuro
es de todosGobierno
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, WBER DEYBY ARCILA CABRERA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 80157371 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección KR 87 A 50 A 05 SUR

Teléfonos 3016200789 3016200789

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Leonor Cabrera Joven	35319082	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN
POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE
RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 20.363.400,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 187.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 20.550.400,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Falabella	Cuenta de ahorros	111830052177	Virtual	\$ 4.400.224,00
NEQUI	Cuenta de ahorros	3016200789	VIRTUAL	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		\$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
MOVISTAR	SERVICIO PUBLICO	\$ 460.202,00
ICETEX	CREDITO EDUCATIVO	\$ 8.811.280,00

 El futuro es de todos		Gobierno de Colombia	FORMULARIO ÚNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA Persona Natural (LEY 190 DE 1995)	ENTIDAD RECEPTORA Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.  Última Actualización: 24-jun-2026
NU BANK		TARJETA CRED		\$ 1.533.033,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ☐ **NO** ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ☐ C.E ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
WBER DEYBY ARCILA CABRERA 24/06/2026 01:41:31
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 24-jun-2026
CIUDAD Y FECHA

