

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

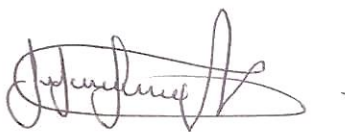
900.959.048-4

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 30 de junio 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

					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:			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		
			2026-06-01			2026-06-30		
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 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:					\$17,580,348			
VALOR EJECUTADO					\$14,650,290			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$2,930,058			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$2,930,058			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					83%			
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	
1081940900	\$1,172,023	\$146,503		\$187,524	5	\$28,550	\$362,577	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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, Advantage 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



- 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
☐	FEBRERO2026_AIDESUAREZ.pdf	FEBRERO2026_AIDESUAREZ.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	MARZO2026_AIDESUAREZ.pdf	MARZO2026_AIDESUAREZ.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	ABRIL2026_AIDESUAREZ.pdf	ABRIL2026_AIDESUAREZ.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	MAYO2026_AIDESUAREZ.pdf	MAYO2026_AIDESUAREZ.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

PAGADO 06/06/2026 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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	UMA	VAC	VAP	VCT	IND	Días ARP	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	\$ 1.750.905	\$ 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	\$ 2.000	\$ 501.100

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!

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

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!