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

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		
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro marzo 2026.pdf	cuenta de cobro marzo 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2026.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2026.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro julio eduardo.pdf	cuenta de cobro julio eduardo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro Agosto eduardo.pdf	cuenta de cobro Agosto eduardo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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:	EDUARDO HERRERA AGUILLON						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79418820	
CORREO ELECTRONICO:	eduardoherreraaguillon@yahoo.com				CELULAR:	3114688990	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D RADIOLÓGICA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE11L02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488406952751				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2327			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1714	FECHA	2026-08-13 15:54:28.000	NÚMERO DE CRP	29960	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-08-01		2026-08-31		
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 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:	$20,510,406
VALOR EJECUTADO	$20,415,888
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,930,058
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$94,518
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
93694026	$1,172,022	$146,503	$187,524	5	$28,550	$362,577

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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.	Cumplo con confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica del Paciente y el formato de radiologia	En el aplicativo dinamica realízar 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.	Reporto todo evento de suceso de seguridad del paciente.
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.	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	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
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 Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo con mi trabajo los protocolos establecidas 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 al supervisor 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 convocado	Participo en todas las actividades a las cuales soy convocado .	Acta de jornada de capacitacion.
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 sub red	Actas de participacion.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Actas de participacion.	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 mensualmente.	Entrego puntualmente mes a mes el pago de los parafiscales y certificado del secop II	Entrego puntualmente mes a mes el pago de los parafiscales y certificado del secop II
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.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): EDUARDO HERRERA AGUILLON
No. Identificación: CC79418820
Dirección: CARRERA 71 D # 12 C 60 T 3 APTO 804
Telefono: 3114688990
Correo: EDUARDOHERRERAAGUILLON@YAHOO.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 94495036

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EDUARDO HERRERA AGUILLON
Tipo y número de identificación	CC79418820
Número de planilla	94495036
Fecha pago	2026-09-15
Número de autorización pago	2295961
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2026
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	538600
Total Intereses de Mora	4400

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	282500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	35400	1
EPS008	Compensar EPS	220700	1

94495036

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79418820
APELLIDOS Y NOMBRES: EDUARDO HERRERA AGUILLON

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1750905	1750905	0	1750905	218900	0	280200	0	0	35100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

EDUARDO HERRERA AGUILLON

C.C 79.418.820 DE BOGOTÁ

La suma de $ 2.930.058 (DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL CINCUENTA Y OCHO PESOS MCTE,) por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de imagenologia 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 TECNOLOGO EN RX durante el periodo del 1 al 30 septiembre de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 2327-2026.**



EDUARDOHERRERA AGUILLON
C.C.79.418.820 DE Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCODAVIVIENDA
NUMERO 488406952751
Cel.: 311 468 89 90