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:	OSCAR MENDOZA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	91292059	
CORREO ELECTRONICO:	cafemendoscar73@gmail.com				CELULAR:	3142258399	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA ESPECIAL OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10L03	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	6252951				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2335			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1714	FECHA	2026-08-13 15:54:28.000	NÚMERO DE CRP	29968	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:			$24,933,672				
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:	$174,535,704
VALOR EJECUTADO	$174,535,704
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$24,933,672
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
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
94640001	$9,973,469	$1,246,684	$1,595,755	4	$242,954	$3,085,392

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

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
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
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Intervenir en la realización del estudio de tomografía simple y contrastada durante su jornada laboral, realizando los estudios especiales de readiologia bajo control fluoroscopio (radiaciones ionizantes) de los pacientes de los serviciso de urgencias, hospitalizados y pacientes ambulatorios y realizacion deecografias convencionales y especializadas.	Registrar en la plataforma Dinámica los informes de los estudios de imágenes diagnosticas efectuados. cubriendo en extensión el servicio según programación mensual, utilizando protocolo de informe radiológico, durante el mes
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Mantener la confidencialidad de los consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes de las imagenes Diadnosticas realizadas e interpretadas.	Registrar en la plataforma Dinámica los informes de los estudios de imágenes diagnosticas efectuados. cubriendo en extensión el servicio según programación mensual, utilizando protocolo de informe radiológico, durante el mes
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	Llevar diariamente el registro de los procedimientos y estudios realizados en los RIPS	Registrar en el sistema de la institución los reportes de las lecturas de las intervenciones y estudios realizados (RIPS) del mes
Participar en la programación de actividades del área	Participación de reuniones, capacitaciones físicas y virtuales a las que sea solicitado	Firma de asistencia y certificados de capacitación virtual del mes
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reportar en el aplicativo Almera (sucesos de Seguridad del paciente) cuando ocurran	Reportar oportuno suceso de seguridad en el mes
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notificación de la verificación de equipos biomédicos solicitar revisión y/o cambios de equipos y accesorios, mantenimiento, notificando las fallas de calidad que se presenten en el servicio cuando ocurran	Reporte oportuno en el aplicativo (Mesa de ayuda) mes
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Dar instrucciones a su equipo de trabajo (tecnólogo en imágenes Diagnosticas y auxiliar de enfermería y transcriptoras) antes, durante y después de la realización de los estudios de Imágenes Diagnosticas.	Socialización al grupo de trabajo sobre los procedimientos y actualización en técnicas de trabajo y atención de pacientes para el mes
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento	Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Realizar los estudios de tomografía y estudios especiales de radiología que utilicen medio de contrate endovenoso, llamando al paciente para su atención y verificando su estado de salud, evaluando los laboratorios pertinentes solicitados para la realización del estudio y conceptuando si es apto para efectuar los estudios, evaluando los riesgos de reacciones adversas al medio de contrate; una vez realizada esta labor, autorizar con su firma y sello la realización del examen solicitado por el medico tratante (consentimiento informado)	Diligenciar y aprobar y firmar el consentimiento informado para realización de los estudios de imágenes diagnosticas para el mes
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Mantener informado constantemente al paciente y su familia la condicion medica y el manejo que debe darse	Informar al paciente su condicion medica y socializarle tambien a su familia
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Emitir conceptos antes y despues de verificar su condicion medica de acuerdo a la especialidad	Reportar la emision del concepto medico en el momento que se requiera
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Ser garante del cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad en los procedimientos prestados	Cumplir con las normas en calidad con los procedimientos prestados
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Elaborar el informe de actividades mensualmente para la verificacion del cumplimiento del contrato	Cumplir con el informe de actividades mensual
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participar en las jornadas de capacitacion, induccion y reuniones para el mejoramiento de acreditacion	Participar en las jornadas de capacitacion, induccion y reuniones para el mejoramiento de acreditacion
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred	Dar cumplimiento y apoyar la implementacion de los procedimientos establecidos para la sub red
) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	No aplica	No aplica
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registrar de forma adecuada las actividades relacionadas con la prestacion del servicio	Dar cumplimiento del registro de las actividades relacionadas con la prestacion del servicio en el mes
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	No aplica	No aplica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Dar cumplimiento si se requiere la supervicion	No aplica
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregar la planilla de pago debidamente cancelada	Entregar la planilla de pago debidamente cancelada en le mes que se requiera
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..	Estar pendiente y de comun acuerdo de las nuevas actividades a realizar si se requieren	Ejecutarlas de comun acuerdo con el supervisor
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento	Diligenciar, aprobar y firmar el consentimiento informado para realización de los estudios de imágenes diagnosticas para el mes

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
617f795a3348f6caa57c43fc5ec8d06f557595178236f0ea1fa6f67b36af8eb74594bbcca60c861329f65a2821c6c2f2

Número de Factura: FVMO-123
Fecha de Emisión: 28/08/2026
Fecha de Vencimiento: 27/09/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MENDOZA GONZALEZ OSCAR EDUARDO
Nombre Comercial: MENDOZA GONZALEZ OSCAR EDUARDO
Nit del Emisor: 91292059
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 145 19 81 TO 3 AP 804
Teléfono / Móvil: 3142258399
Correo: cafemendoscar73@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 4546800
Correo: radiologiauk@sudredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	02	HONORARIOS PROFESIONALES MEDICO RADIOLOGO	HUR	186,00	$ 134.052,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 24.933.672,00

Notas Finales

HONORARIOS PROFESIONALES MEDICO RADIOLOGO EN AGOSTO
Linea de negocio: HONORARIOS PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Datos Totales



Documento generado el:
28/08/2026 10:57:38
Documento validado por la DIAN:
28/08/2026 10:57:38
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	24933672
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	24933672
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	24933672
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 24933672

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	24.933.672,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	24.933.672,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	24.933.672,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 24.933.672,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764096244969 Rango desde: 101 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2027-07-29

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	91292059	OSCAR EDUARDO MENDOZA GONZALEZ	CLL 145 # 19 81 TR 3 APT 804	3142258399	CAFEMENDOSCAR73@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94640001	28/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$2.964.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	1.246.800	0		0		0	10	9.500	0	1.256.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.595.900	0	0	49.900	49.900	10	12.100	800	1.708.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.246.800	1.256.300
Pensión	1	1.695.700	1.708.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	2.942.500	2.964.900

PAGADA

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

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	91292059	OSCAR EDUARDO MENDOZA GONZALEZ	CLL 145 # 19 81 TR 3 APT 804	3142258399	CAFEMENDOSCAR73@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94640001	28/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$2.964.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 91292059	MENDOZA GONZALEZ OSCAR EDUARDO	3	0			N																	25-14	9.974.000	30	1.595.900	0	0	49.900	49.900	EPS001	9.974.000	30	1.246.800		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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