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. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GALINDO VASCO JETCY												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.013.606.114							
CORREO ELECTRONICO:	jetcy@hotmail.com				CELULAR:	316 469 10 33							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					UNIDAD DE KENNEDY								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	0	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10L02	50	KE10L06	50									
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0550 4884 0337 5147											NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4221-2021			No. DE PAGOS DEL CONTRATO		2 de 3			
NÚMERO DE CDP	201	FECHA	10/02/2021	NÚMERO DE CRP	16754	FECHA	18/02/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO EN RX								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	Marzo	2021		31	Marzo	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.024.796								
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						
OBSERVACIONES: Manejo de pacientes Codigo PIN (Covid-19), 186 Horas, valor Hora $10.886									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.074.388
VALOR EJECUTADO	$4.049.592
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.024.796
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.024.796
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 **$ 2.194.508**, 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 IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9417485413	$877.803	$109.725	$140.500	0	FALSO	**$250.225**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Marzo del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

LAURA MARCELA MERCHAN BARROS

REFERENTE TECNICO

JETCY GALINDO V.

GALINDO VASCO JETCY

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2018	
		Codigo:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Imágenes Diagnosticas		Sede: Unidad de Kennedy						
No. DE CONTRATO:	4221-2021	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	Marzo	2021		28	Marzo	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JETCY GALINDO VASCO		C. C.	1.013.606.114			DE	Bogotá	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como TECNICO EN RX de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	100%	Guardar confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica del Paciente.	cumplí con todos los requerimientos éticos con respecto a: intimidad en el alistamiento para la toma del estudio, cumpliendo con toda la ética establecida, para el mes de Marzo de 2021
2) 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	100%	Tomar el estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la institución, aplicando la correcta desinfección de los equipos y accesorios utilizados.	Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada y diligenciando el formato de limpieza y desinfección de los equipos utilizados, para el mes de Marzo de 2021.
3) Participar en la programación de actividades del área.	100%	Asistencia a las capacitaciones programadas en la USSK	Firmar el formato de asistencia de capacitación para el mes de Marzo de 2021
4) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	100%	Reporte Suceso de seguridad	Notificación Oportuna para el mes de Marzo de 2021
5) 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.	100%	Notificación el sistema de información Almera (Mesa de Ayuda) cada vez que sea requerido	Notificación Oportuna en el momento encontrar las fallas o problemas que surja en la realización de la tarea asignada para el mes de Marzo de 2021
6) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	100%	Tomar el estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la institución.	Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada para el mes de Marzo de 2021
7) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimientos, vigilando el cumplimiento de las normas de proteccion radiologica.	100%	Aplicando los 4 correctos al momento de la verificación del consentimiento informado y constatando que este firmado por el paciente y por el medico tratante, de acuerdo al cumplimiento de las normas de proteccion radiologica.	Formato de consentimiento informado diligènciados para el mes de Marzo de 2021
8) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Tomar el estudio radiológico como lo indica la técnica.	tomar un estudio de calidad que contribuya con el diagnostico para el mes de Marzo de 2021
9) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	100%	Registrar en el sistema de información los pacientes atendidos con la auto verificación del estudio a tomado.	Registro en el aplicativo de la toma de estudio para los pacientes de Marzo de 2021
10) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Diligenciar el formato de entrega de turno con las novedades que se puedan presentar en cada jornada de actividades.	Formato de entrega de turno para el mes de Marzo de 2021
11) 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, reunidnes y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Asistencia a las capacitaciones programadas en la USSK	Formato de asistencia de capacitación para el mes de Marzo de 2021
11) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	100%	Estar enterados de todos los lineamientos impartidos por la subred	Cumplir con las actividades que asignadas, según la información recibida para el mes de Marzo de 2021
12) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Estar enterados de todos los lineamientos impartidos por la subred	Cumplir con las actividades que asignadas, según la información recibida para el mes de Marzo de 2021
13) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	100%	Estar enterados de todos los lineamientos impartidos por la subred	Cumplir con las actividades que asignadas, según la información recibida para el mes de Marzo de 2021
14) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	100%	Tomar el estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la institución.	Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada para el mes de Marzo de 2021
15) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entregar el pago de aportes	Entrega actividades al finalizar del mes de Marzo de 2021
16) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Participar en todas las actividades descritas por el supervisor	Participar en todas las actividades descritas por el supervisor

OBSERVACIONES: Manejo de pacientes Codigo PIN (Covid-19), 186 Horas, valor Hora $10.886

Valor Mes: Dos Millones VeinticuatroMil Setecientos Noventa y Seis Mil ($ 2.024.796) Pesos M/cte.

JETCY GALINDO VASCO

JETCY GALINDO VASCO

LAURA MARCELA MERCHAN BARROS

REFERENTE TECNICO

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JETCY GALINDO VASCO

C.C. 1.013.606.114 DE Bogotá

Dos Millones Veinticuatro Mil Setecientos Noventa y Seis Mil ($ 2.024.796) Pesos M/cte., por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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 de 01 de Marzo al 31 de Marzo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4221-2021

Jetcy Galindo Vasco

JETCY GALINDO VASCO
C.C.1.013.606.114 DE Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCODAVIVIENDA
NUMERO 0550 4884 0337 5147
Cel: 316 469 10 33

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013606114		GALINDO VASCO JETCY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 7 A N 2 94 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9026086	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02		9417485413	I	2021/03/03			12	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,900,000	$464,000			$2,900,000	$362,500			$0	$0			$2,900,000	$70,700		$0	$0		$897,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,900,000	$464,000			$2,900,000	$362,500			$0	$0			$2,900,000	$70,700		$0	$0		$897,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,900,000	$464,000			$2,900,000	$362,500			$0	$0			$2,900,000	$70,700		$0	$0		$897,200
1	CC	1013606114	GALINDO JETCY									X									230301	30	$2,900,000	$464,000	EPS005	30	$2,900,000	$362,500		0	$0	$0	14-11	30	$2,900,000	$70,700	0	$0	$0	No	$897,200
Total Afiliados(1)																						$2,900,000	$464,000			$2,900,000	$362,500			$0	$0			$2,900,000	$70,700		$0	$0		$897,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013606114		GALINDO VASCO JETCY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 7 A N 2 94 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9026086	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02		9417485413	I	2021/03/03			12	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$464,000	$0	$0	$464,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$464,000	$0	$0	$464,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,700	$0	$0	$70,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$70,700	$0	$0	$70,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$362,500	$0	$0	$362,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$362,500	$0	$0	$362,500
TOTAL				1	$897,200	$0	$0	$897,200

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1013606114		GALINDO VASCO JETCY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	jetcy@hotmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3164691033

Clave: 9417485413

Periodo Pensión: 2021-02 **Periodo Salud: 2021-02**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2021/03/15	12	$0	$897,200
2021/03/16	0	$0	$897,200
2021/03/17	0	$0	$897,200
2021/03/18	0	$0	$897,200
2021/03/19	0	$0	$897,200
2021/03/23	0	$0	$897,200
2021/03/24	0	$0	$897,200
2021/03/25	0	$0	$897,200
2021/03/26	0	$0	$897,200
2021/03/29	0	$0	$897,200

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$464,000
PORVENIR		1	$464,000
ARL	1	1	$70,700
ARL SURA		1	$70,700
EPS	1	1	$362,500
SANITAS		1	$362,500
SUBTOTAL			$897,200
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$897,200

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción $1'000.000

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

Bogotá DC 18 marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI X o NO ____cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO X cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
JUAN DAVID GIRALDO	1013626975	HIJO	11 AÑOS	6°	GIMNASIO LA ALAMEDA

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI X NO _____
5. SI X NO ____ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO X mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $ 0
8. Solicito SI _____ NO X realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI _____ NO X o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO X

Atentamente

NOMBRE jeicy galindo vasquez FIRMA JEICY GALINDO V.
C.C 9013
UNIDAD USS Kennedy

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unificado de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14678273801

(415)7707212489981(8020) 000001467827380 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 3 6 0 6 1 1 4	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 3 6 0 6 1 1 4	2 0 0 7 0 8 1 4

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GALINDO	VASCO	JETCY	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CR 7 A 2 94 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jetcy@hotmail.com		3 1 6 4 6 9 1 0 3 3	4 6 9 1 0 3 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 1	2 0 1 9 0 7 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código:																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 2 0 0 1 1 7

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada.

984. Nombre: GALINDO VASCO JETCY
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 17-01-2020 01:07:06PM