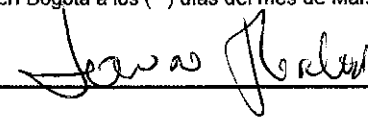
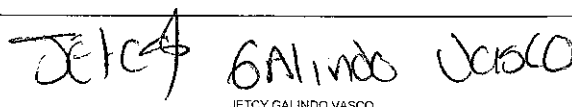
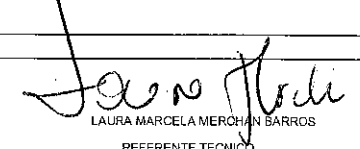


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Equidad Construyendo Ciudadanía E.S.E.			
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	%		
		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:				TÉCNICO 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 Código 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 <u>mínimo</u> 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					 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	 ALCALDE MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2018	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		Imágenes Diagnosticas		Sede: Unidad de Kennedy					
No. DE CONTRATO:	4221-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	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 ☒ 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.			Cumplir 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 estudio 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 paciente 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 presentan en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		100%	Notificación al 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 estudio 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 paciente en los aplicativos correspondientes en cada jornada para el mes de Marzo de 2021			
7) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento, vigilando el cumplimiento de las normas de protección radiológica.		100%	Aplicando los 4 correctos al momento de la verificación del consentimiento informado y constatando que este firmado por el paciente y por el médico tratante, de acuerdo al cumplimiento de las normas de protección radiológica.			Formato de consentimiento informado diligenciados 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 diagnóstico 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 convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones 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 estudio 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 paciente 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 Código PIN (Covid-19), 186 Horas, valor Hora \$10.886 Valor Mes: Dos Millones Veinticuatro Mil Setecientos Noventa y Seis Mil (\$ 2.024.796) Pesos M/cte.									
 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

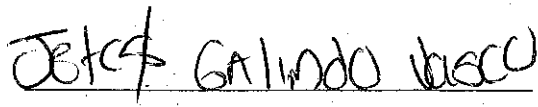
NIT: 900.959.048-4

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

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	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
C 101366114		GALINDO VASCO JETCY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 7 A N 2 94 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	9026086	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Días Mora	Valor	
2021-02	2021-02		9417485413	1	2021/03/03		12		

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									
NOVEDADES									
No.	Identificación	Nombre	Fecha de nacimiento	Identificación	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Valor
1	101366114	GALINDO JETCY							
Total Afiliados (1)									

SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)

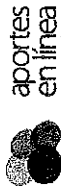
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)									
Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.
1	101366114	GALINDO JETCY							
Total Afiliados (1)									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
C 101366114		GALINDO VASCO JETCY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 7 A N 2 94 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	9026086	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Días Mora	Valor	
2021-02	2021-02		9417485413	1	2021/03/03		12		

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
1/FP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$464,000	\$0	\$0	\$464,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$464,000	\$0	\$0	\$464,000
1/RL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$70,700	\$0	\$0	\$70,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$70,700	\$0	\$0	\$70,700
1/PS (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



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	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3164691033

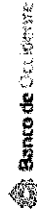
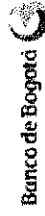
Clave: 9417485413

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

Pague hasta	Días de Mora	Valor Mora	Total a Pagar	Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
2021/03/15	12	\$0	\$897,200	AFP	1	1	\$464,000
2021/03/16	0	\$0	\$897,200	PORVENIR		1	\$464,000
2021/03/17	0	\$0	\$897,200	ARL	1	1	\$70,700
2021/03/18	0	\$0	\$897,200	ARL SURA		1	\$70,700
2021/03/19	0	\$0	\$897,200	EPS	1	1	\$362,500
2021/03/23	0	\$0	\$897,200	SANTAS		1	\$362,500
2021/03/24	0	\$0	\$897,200	SUBTOTAL			\$897,200
2021/03/25	0	\$0	\$897,200	COMISION OPERADOR			\$0
2021/03/26	0	\$0	\$897,200	IVA			\$0
2021/03/29	0	\$0	\$897,200	TOTAL			\$897,200

Canales de Pago

BANCARIOS	NO BANCARIOS
-----------	--------------



Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción \$1000.000

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 ☒ o NO ☐ cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), adjunto certificación
2. Que durante el año 2020: SI ☐ o NO ☒ 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	101362695	HUO	11 AÑOS	6	GINNASIO LA ALAMEDA

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI ☒ NO ☐
5. SI ☒ NO ☐ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT (\$49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI ☐ NO ☒ 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 \$
8. Solicito SI ☐ NO ☒ 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 Artículo 383 del ET SI ☐ NO ☒ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI ☐ NO ☒

Atentamente

NOMBRE JETCAB GALINDO VASQUEZ
C.C. 9013
UNIDAD USS Kennedy

FIRMA JETCAB GALINDO V.

