

					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:			jonathan david beltran rojas					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1015459703
CORREO ELECTRONICO:			beltranj48@gmail.com			CELULAR:		350 478 9124
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			500488438942101				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		2368			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	535	FECHA	2026-02-01 07:58:04.000	NÚMERO DE CRP	13854	FECHA	2026-02-18 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		TECNOLOGO EN RADIOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-02-01			2026-02-28	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,646,504				
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:						\$10,255,203		
VALOR EJECUTADO						\$2,646,504		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,646,504		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$7,608,699		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						26%		
El intervisor 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		
9500225638 - 9500584669	\$908,526	\$113,566	\$145,364	5	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
RONALD MEZA COLON 91446480 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 dinamica realizar observaciones conrespondientes 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.
Manejar y operar equipos de radiaciones Ionizantes de acuerdo al programa de proteccion radiologia resolucion 482 de 2018 .	manejo equipos generadores de radiaciones Ionizantes para la toma de los estudios radiologicos	En el aplicativo dinamica 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 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
participaren los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidad para el servicio	Participo en los analisis y actividades de mejora del servicio	en actas de participacion 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 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. Cumpliendo 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.	Apoyo a la subred en todas las actividades dentro y fuera del hospital.	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 ademas anexas 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 demas actividades queme sean encomendadas por mi supervisor.	estipuladas en una acta.
1	Realizo las demas actividades queme sean encomendadas por mi supervisor.	estipuladas en una acta.

RONALD MEZA COLON
91446480
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

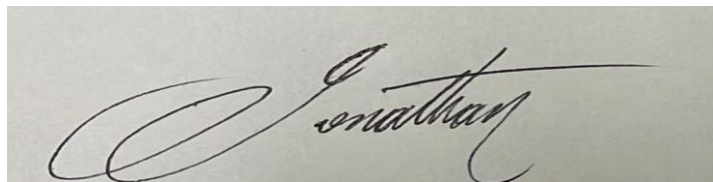
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JONATHAN DAVID BELTRAN ROJAS

C.C. 1.015.459.703 DE Bogotá

Dos millones seiscientos cuarenta y seis mil quinientos cuatro (2.646.504) 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 de FEBRERO al 28 de FEBRERO de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No : 2368-2026**

A photograph of a handwritten signature in black ink on a light-colored background. The signature is cursive and appears to read 'Jonathan'.

JONATHAN DAVID BELTRAN ROJAS

C.C. . 1.015.459.703 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 5 0 0 4 8 8 4 3 8 9 4 2 1 0 1

Cel.: 3143175111

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1015459703		BELTRAN ROJAS JHONATAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 688 N 68A 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	00225638	9500225638	I	2026/02/03	2026/02/25	BANCO AV VILLAS	22	\$219,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$758,726	\$121,400			\$758,726	\$94,900			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$758,726	\$121,400			\$758,726	\$94,900			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$758,726	\$121,400			\$758,726	\$94,900			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0
1	CC 1015459703	BELTRAN JONATHAN	25-14	13	\$758,726	\$121,400	EPS005	13	\$758,726	\$94,900		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$758,726	\$121,400			\$758,726	\$94,900			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015459703		BELTRAN ROJAS JHONATAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 68B N 68A 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-01	2026-01	00225638	9500225638	I	2026/02/03	2026/02/25	BANCO AV VILLAS	22	\$219,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$121,400	\$1,700	\$0	\$123,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$121,400	\$1,700	\$0	\$123,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$94,900	\$1,400	\$0	\$96,300	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$94,900	\$1,400	\$0	\$96,300	
TOTAL				1	\$216,300	\$3,100	\$0	\$219,400	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015459703		BELTRAN ROJAS JHONATAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 688 N 68A 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-01	2026-01	95853868		9500584669	N	2026/02/03	2026/02/27	NEQUI	\$287,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$992,179	\$158,800			\$992,179	\$124,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$992,179	\$158,800			\$992,179	\$124,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$992,179	\$158,800			\$992,179	\$124,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC 1015459703	BELTRAN JONATHAN	25-14	13	(\$758,726)	(\$121,400)	EPS005	13	(\$758,726)	(\$94,900)		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
2	CC 1015459703	BELTRAN JONATHAN	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$992,179	\$158,800			\$992,179	\$124,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015459703		BELTRAN ROJAS JHONATAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 68B N 68A 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	95853868	9500584669	N	2026/02/03	2026/02/27	NEQUI	24	\$287,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$158,800	\$2,500	\$0	\$161,300	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$158,800	\$2,500	\$0	\$161,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$124,000	\$1,900	\$0	\$125,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$124,000	\$1,900	\$0	\$125,900	
TOTAL				1	\$282,800	\$4,400	\$0	\$287,200	