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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAULA ANDREA URREGO LEON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1026574371							
CORREO ELECTRONICO:	Paula.leon29@hotmail.com				CELULAR:	3118063890							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: F009					F009								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	F009				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	F009K32	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4600162863								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3828-2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3	
NÚMERO DE CDP	468	FECHA	29/03/2021	NÚMERO DE CRP	21537	FECHA	31/032021
OBJETO DEL CONTRATO:	prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como auxiliar de enfermeria, dentro de los servicios de salud sur occidente E.S.E de acuerdo ala necesidades de la institucion.En concorancia con el contrato interadministrativo 077 de 2017 plan de intervenciones colectivas,suscrito el 31 de marzo 2017 entre el fondo financiero didtrital de salud -secretaria distrital de salud y la E.S.E						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	4	2021		30	4	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						$2.232.442		
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0			

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.661.899
VALOR EJECUTADO	$6.661.899
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.267.869
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 $2.271.315 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
48359526	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200

Dado en Bogotá en el mes de Mayo del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Paula Urrego

PAULA ANDREA URREGO LEON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código	04-02-FO-0003
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC - USP		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3828-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	4	21		30	4	21
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAULA ANDREA URREGO LEON		C. C.	1.026.574.371			BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	Se realizan acciones como profesional en FISIOTERAPIA, se toman muestras a usuarios positivos y sospechoso para COVID - 19 en donde se indaga el estado de salud y se brinda educación en lavado de manos, uso adecuado de tapabocas, etiqueta de tos, signos y síntomas ante COVID-19 pautas, autocuidado y prevencion del contagio COVID 19	Registro de datos.
2. 1. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	Se realizan acciones como profesional en FISIOTERAPIA, se toman muestras a usuarios positivos y sospechoso para COVID - 19 en donde se indaga el estado de salud y se brinda educación en lavado de manos, uso adecuado de tapabocas, etiqueta de tos, signos y síntomas ante COVID-19 pautas, autocuidado y prevencion del contagio COVID 19	Registro de datos.
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	SI	De acuerdo al requerimiento del Lider	Actas y documentos solicitados
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado	SI	Actividades y metas designadas en el plan de accion para la vigencia	Actas y documentos solicitados
5. Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad, .	SI	De acuerdo al requerimiento del Lider	Actas y documentos solicitados
6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud).	SI	De acuerdo al requerimiento del Lider y la dinamica de la actividad.	Actas y documentos solicitados
7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado.	SI	Se realizan acciones como profesional en FISIOTERAPIA, se toman muestras a usuarios positivos y sospechoso para COVID - 19 en donde se indaga el estado de salud y se brinda educación en lavado de manos, uso adecuado de tapabocas, etiqueta de tos, signos y síntomas ante COVID-19 pautas, autocuidado y prevencion del contagio COVID 19	Toma de muestras y demas formatos que se requieran
8. Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad	SI	Toma de muestras COVID 19 de acuerdo a las necesidades de la población y el direccionamiento brindado por el Lider	Toma de muestras y demas formatos que se requieran
9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento. socializando posteriormente la información obtenida.1	SI	De acuerdo al requerimiento del Lider	Actas y documentos solicitados
10. Participar en pre auditoría y auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento segun corresponda	SI	De acuerdo al requerimiento del Lider y la dinamica de la actividad.	Formatos que se requieran
11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad	SI	De acuerdo al requerimiento del Lider y la dinamica de la actividad.	Formatos que se requieran
12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	SI	Toma de muestras COVID 19 de acuerdo a los parametros establecidos con calidad, oportunidad de acuerdo a las necesidades de la población y el direccionamiento brindado por el Lider.	Toma de muestras y demas formatos que se requieran
13. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución.	SI	De acuerdo al requerimiento del Lider y la dinamica de la actividad.	Formatos que se requieran
14. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación1	SI	Toma de muestras a Usuarios positivos y sospechoso de COVID 19 en el Distrito Capital	Toma de muestras y demas formatos que se requieran
15. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación.	SI	Toma de muestras a Usuarios positivos y sospechoso de COVID 19 en el Distrito Capital	Toma de muestras y demas formatos que se requieran
16. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	SI	Toma de muestras COVID 19 de acuerdo a los parametros establecidos con calidad, oportunidad de acuerdo a las necesidades de la población y el direccionamiento brindado por el Lider.	Toma de muestras COVID 19 de acuerdo a los parametros establecidos con calidad, oportunidad de acuerdo a las necesidades de la población y el direccionamiento brindado por el Lider.
17. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual. * Realizar actividades de contención y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.	SI	Toma de muestras COVID 19 de acuerdo a los parametros establecidos con calidad, oportunidad de acuerdo a las necesidades de la población y el direccionamiento brindado por el Lider.	Toma de muestras COVID 19 de acuerdo a los parametros establecidos con calidad, oportunidad de acuerdo a las necesidades de la población y el direccionamiento brindado por el Lider.

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)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($2.267.869)DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SITE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.

Paula Urrego

PAULA ANDREA URREGO LEON

C.C.1026574371

Fecha _____ Supervisor _____

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 05/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAULA ANDREA URREGO LEON

C.C 1.026.574.371 de BOGOTA

La suma de $2, 267,869, por el concepto de servicios técnico auxiliar de enfermería durante el periodo de 01 al 30 de Abril de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3828-2021.

Nombre Del Contratista

Paula Urrego

PAULA ANDREA URREGO LEON

CC: 1.026.574.371 de BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA

NUMERO # 460016286

Simple.

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-04-14, 02:30:06 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES. **Numero Planilla:** 48359526

Periodo Cotización: mar2021 **Periodo Servicio:** mar2021

PAGADA 05/03/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	URREGO LEÓN PAULA ANDREA		
Documento	CC1026574371	**Dirección**	CALLE 6 A # 89 - 47
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3114647520
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	CC1026574371
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RETP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	DIAS AFP	DIAS EPS	DIAS ARP	DIAS CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
1026574371	URREGO LEÓN PAULA ANDREA	01	00																		0	30	30	30	(230301) PROTECCION (ING+ PROTECCION)	$ 908.526	$ 145.400	(EPS008) COMPENSAR	$ 908.526	$ 113.600	2.436	$ 908.526	$ 22.200	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 908.526	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 317.600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidad ARP	SUB TOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 307.000	$ 0	$ 317.600

Línea de Servicio Fono SIMPLE: Bogotá 343 2949 – Cali: 554 0515 – Medellín: 514 6669 – Bucaramanga: 643 8000 – Cartagena: 655 3003 – Pereira: 313 9300 – Barranquilla: 554 0555 – Resto del País: 018000 971971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAZ Y SALVO- CONTRATISTAS

Versión	1
Fecha de aprobación	22-16-2017
Código	04-02-FO-0010

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA: Paula Andrea Urrego León

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1.026.574.371

ÁREA Y/O DEPENDECIA: VSP

FECHA DE DESVINCULACIÓN: 30/04/2021

SUPERVISOR	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA (ACTIVOS FIJOS)	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	SISTEMA DE INFORMACIÓN / TIC	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DIRECCIÓN FINANCIERA TESORERÍA
Quien garantiza la ejecución total y con calidad del contrato de prestación de servicios. (Verificar entrega de archivos físicos y magnéticos por Gestión Documental)	Quien garantiza la entrega del inventario de elementos devolutivos que están a cargo del contratista.	Correo Ok Quien garantiza la entrega de elementos de identificación institucional. Desafiliación ARL 7/05/21 tarea 6.	Quien garantiza la cancelación del correo Institucional, claves de acceso que le hayan sido asignadas.	Quien garantiza la entrega de dosímetros. En los casos que se requiera.	Quien garantiza el pago de los honorarios de acuerdo a las cuentas de cobro y certificaciones expedidas por el supervisor.
ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA y FECHA
FECHA: 30 Abril 2021	FECHA: 07/05/2021	FECHA: 07 mayo 2021	FECHA: 07/05/2021	FECHA: 07/05/2021	FECHA: Mayo. 5- 2021
NOMBRE: Diana P. Martinez R.	NOMBRE: Johan Eduardo Acevedo Forero	NOMBRE: Sneep Cruz	NOMBRE: Ivan Cervezi	NOMBRE: Amary Benitez	NOMBRE: Luz yaneth Gomez A
CARGO: Ref. VSP	CARGO: Auxiliar Administrativo	CARGO: Prof Un II	CARGO: Sistemas	CARGO: Prof. Univ. II	CARGO: Tesorera.
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA