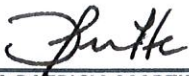
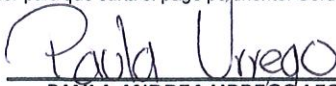


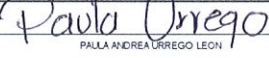
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				PAULA ANDREA URREGO LEON															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				1026574371								
CORREO ELECTRONICO:				Paula.leon29@hotmail.com				CELULAR:				3118063890							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: F009								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	%						
		FO09K32	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		31/03/2021					
OBJETO DEL CONTRATO:				prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería, dentro de los servicios de salud sur occidente E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución. En concordancia con el contrato interadministrativo 077 de 2017 plan de intervenciones colectivas, suscrito el 31 de marzo 2017 entre el fondo financiero distrital de salud -secretaría 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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.																			
Número de Planilla		IBC DE COTIZACIÓN		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							
<p>Dado en Bogotá en el mes de Mayo del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: </div> <div style="text-align: center;">  PAULA ANDREA URREGO LEON NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA </div> </div>																			

 GOBIERNO DE BOGOTÁ ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ E.S.E. SUR OCCIDENTE E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ E.S.E.
		Fecha de aprobación: 3/04/2017	
		Código: 04-02-FO-0003	

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			BOGOTÁ		
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 ☒ 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 sospechosos 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 los signos y síntomas ante COVID-19 pautas, autocuidado y prevención 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 sospechosos 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 los signos y síntomas ante COVID-19 pautas, autocuidado y prevención 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 Líder	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 acción 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 Líder	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 Líder y la dinámica 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 sospechosos 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 los signos y síntomas ante COVID-19 pautas, autocuidado y prevención del contagio COVID 19	Toma de muestras y demás 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 Líder	Toma de muestras y demás 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 Líder	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 según corresponda	SI	De acuerdo al requerimiento del Líder y la dinámica 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 Líder y la dinámica 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 parámetros establecidos con calidad, oportunidad de acuerdo a las necesidades de la población y el direccionamiento brindado por el Líder.	Toma de muestras y demás formatos que se requieran						
13. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la institución	SI	De acuerdo al requerimiento del Líder y la dinámica de la actividad	Formatos que se requieran						
14. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna según programación1	SI	Toma de muestras a Usuarios positivos y sospechosos de COVID 19 en el Distrito Capital	Toma de muestras y demás formatos que se requieran						
15. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna según programación.	SI	Toma de muestras a Usuarios positivos y sospechosos de COVID 19 en el Distrito Capital	Toma de muestras y demás 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 parámetros establecidos con calidad, oportunidad de acuerdo a las necesidades de la población y el direccionamiento brindado por el Líder.	Toma de muestras COVID 19 de acuerdo a los parámetros establecidos con calidad, oportunidad de acuerdo a las necesidades de la población y el direccionamiento brindado por el Líder.						
17. Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual. * Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos tecnológicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías 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 parámetros establecidos con calidad, oportunidad de acuerdo a las necesidades de la población y el direccionamiento brindado por el Líder.	Toma de muestras COVID 19 de acuerdo a los parámetros establecidos con calidad, oportunidad de acuerdo a las necesidades de la población y el direccionamiento brindado por el Líder.						

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 (Números y letras): 432 267 869 003 MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y Siete MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MCTE

 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

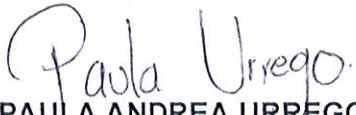
DEBE A:

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.

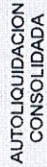
Nombre Del Contratista


PAULA ANDREA URREGO LEON

CC: 1.026.574.371 de BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA

NUMERO # 460016286



Fecha creación reporte: 2021-04-14, 02:30:06 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES.

Numero Planilla: 48359526

Periodo Cotización: mar2021

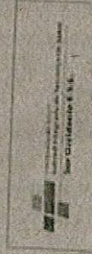
Periodo Servicio: mar2021

PAGADA 05/03/2021

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	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	CC1026574371
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

Datos del Afiliado						Novedades							Pensiones				Salud			Resgos				Cajas				Parafiscales			Total			
Identificación	Ayudados y No Ayudados	Tipo Consultante	Sustituye Coticiente	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VSP	COR	SLN	IOE	LMA	VAC	AVP	HNP	DIAS AFP	DIAS ASP	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Resgos	Aporte Resgos	Administradora	IBC Caja	Aporte ICBF	Aporte SENA	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	Total
01-987654321-0		CI	0.00																(B)SOMOS CAMPESINAK	\$ 145.400	\$ 145.400	(B)SOMOS CAMPESINAK	\$ 900.576	\$ 900.576	2.400	\$ 900.526	\$ 22.200	(CCF22) COL SUBSIDIO	\$ 900.526	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 3.117.600

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pension	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Senu	Aportes CIBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidos a Favor) EPS	Incapacidad AHP	SUB TOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 908.226	\$ 406.726	\$ 908.526	\$ 908.526	\$ 145.400	\$ 113.600	\$ 22.200	\$ 36.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 307.000	\$ 0	\$ 317.600



PAZ Y SALVO- CONTRATISTAS

Versión	1
Fecha de aprobación	22-10-2017
Código	04-02-FO-0016

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA: Paula Andrea Uribe León

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1.026.574.371

ÁREA Y/O DEPENDENCIA: 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.	Quien garantiza la entrega de elementos de identificación institucional. <i>Carne ID</i> <i>Prohibido Aril</i> <i>10/05/2021</i>	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: <u>30 Abril 2021</u>	FECHA: <u>07/05/2021</u>	FECHA: <u>07 mayo 2021</u>	FECHA: <u>07/05/2021</u>	FECHA: <u>Mayo 5- 2021</u>	FECHA: <u>Mayo 5- 2021</u>
NOMBRE: <u>Diana P. Martínez</u>	NOMBRE: <u>Edmundo Aguado</u>	NOMBRE: <u>Enrique Gutiérrez</u>	NOMBRE: <u>Zvonkovic</u>	NOMBRE: <u>Amory Brito</u>	NOMBRE: <u>Luz yaneli Govea</u>
CARGO: <u>Ref. VSP</u>	CARGO: <u>Asesor Administrativo</u>	CARGO: <u>Prof. Un. II</u>	CARGO: <u>Sistemas</u>	CARGO: <u>Piax Un. II</u>	CARGO: <u>Yessera</u>
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:

