| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2022-07-01 | **Hasta:** | 2022-07-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | PAOLA ANDREA TEUTA ESPINOSA | | **Número de Documento:** | 1010220948 | |
| **Correo Electrónico:** | Paoteuta@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3124945730 | |
| **Nombre del Supervisor:** | JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ | **Cargo:** | MÉDICO GENERAL | **Código - Grado:** | 211-11 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1690-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 426 |
| **Perfil:** | MÉDICO GENERAL | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS MEISSEN | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B05ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS MEISSEN | 192 | 0 | 34577 | $6638784 | 91.4% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 6638784** | **SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2022-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2022-04-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2022-04-01 | 2022-07-31 | 1 | $ 10165638 | 1074 |
| 2 | 2022-07-01 | 2022-09-30 | 2 | $ 11202948 | 1954 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | FEBRERO | | $ 5394012 | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | MARZO | $ 6638784 |
| 3 | ABRIL | $ 6223860 |
| 4 | MAYO | $ 6223860 |
| 5 | JUNIO | $ 5394012 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 21783510 | $ 43152096 | $ 29874528 | $ 13277568 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1). Prestar servicios de perfil (médico(a)) acorde con la Lex Artis, segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes. | ---Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica. | ---Historias Clínicas, Auditorías Concurrentes |
| 2 | 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | --Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica | --Historias Clínicas, Auditorías Concurrentes |
| 3 | 3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | --Diligenciar historia clínica de acurdo a la normatividad vigente. | --Historia clínica Auditorias Concurrentes. |
| 4 | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadisticas vitales, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | --Diligenciar correcta y oportunamente la información que exija el sistema de información de la subred. | --Auditorias, inconformidades relacionadas con el diligenciamiento inadecuado y fuera de las fechas solicitadas. |


*© Siasur - 2022*

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | 5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. | --Ejecutar los procedimientos médicos y quirúrgicos a que haya lugar de una manera pertinente, con oportunidad dentro del marco del cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el manual de bioseguridad | --Historia clinica y Auditorias Concurrentes. |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | --Cumplir las actividades médicas en los horarios que la institución tiene definidos para la prestación del servicio. | --Recibo y entregas de Turno ,Registros en historia clinica Auditorias Recurrentes |
| 7 | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clinico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | --Diligenciar y hacer entregar al paciente y/oa su acompañante todos los documentos que se requieren al egreso de los asignados a su cuidado (formulas médicas, recomendaciones médicas, signos de alarma, solicitud de apoyo diagnóstico para toma ambulatoria, solicitud de control médicos , incapacidades, etc.). diligenciar todos los formularios implementados por la nación, ente territorial y la IPS que tienen como fin el seguimiento estadístico. | --Historia clinica, formato de notificacion de interes publico, lesiones de causa externa |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clinico objeto de tratamiento. | --informar al paciente y al usuario autoridad y cuando se requiera a la competencia sobre la ruta de atención al servicio, así como la evolución del estado de salud a los pacientes y familiares asignados a su cuidado. | --Historia clínica Auditorias Concurrentes. |
| 9 | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | --Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica. | --Historias Clínicas, Auditorías Concurrentes |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 5394012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 60253577 | | |
| 2022 | JUNIO | 2022 | 07 | 12 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL DOCEPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 2157605 | $ 345217 | $ 404000 |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 269701 | $ 315700 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 52559 | $ 61600 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 626181** | $ 781300 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870505874 |
|---|---|---|---|---|---|

Jorge Jonathan Bautista Hernández
C.C. 80.791.644
Especialista - Referente de Urgencias
SUBRED SUR

**PAOLA ANDREA TEUTA ESPINOSA**
**1010220948**

**JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ**
**MÉDICO GENERAL**


***© Siasur - 2022***

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCION | TELEFONO | CORREO |
| CC | 1010220946 | PAOLA ANDREA TEUTA ESPINOSA | | calle 8a # 78-04 | 7975071 | paoteuta@gmail.com |
| FORMA PRESENTACION | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTA, D.C. | BOGOTA, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-06 | 2022-06 | 1 | 12/07/2022 | 90253677 | 3781,300 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 315,700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 315,700 | 1 |

**TOTALES PENSION**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP + Solidaridad | Aporte FSP + Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 404,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 404,000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 860070704 | 61,600 | | | | 61,600 | 0 | 0 | 61,600 | | | 616 | 61,600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGM, UMA, IMP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 315,700 | 315,700 |
| Pensión | 1 | 404,000 | 404,000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 61,600 | 61,600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 781,300 | 781,300 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



DATOS DEL APORTANTE

| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCION | TELEFONO | CORREO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1010220946 | PAOLA ANDREA TEUTA ESPINOSA | | calle 8a # 78-04 | 7975071 | paoteuta@gmail.com |
| FORMA PRESENTACION | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTA, D.C. | BOGOTA, D.C. | |

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD: NO

DATOS DE LA PLANILLA

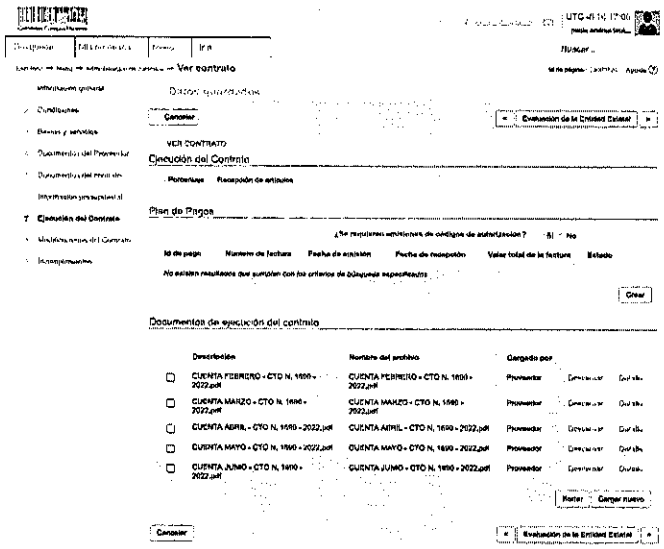
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-06 | 2022-06 | 1 | 12/07/2022 | 90253677 | 3781,300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | | | INFORMACION MOVIMIENTOS | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colilla | Tipo Cot. | Extranjero | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC - LR | Cod. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cod. EPS | IBC EPS | Cotización Valor UPC | Cod. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1010220946 | TEUTA ESPINOSA PAOLA ANDREA | N | 1 | | N | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2,525,000 | 404,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2,525,000 | 315,700 | 14-11 | 2,525,000 | 3 | 61,600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información




Datos generales



FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Sideap

Última Actualización: 23-jun-2022

## DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, PAOLA ANDREA TEUTA ESPINOSA

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊙ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1010220948 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** calle 6 c # 78-54 **Teléfonos** 3124945730 7975071

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Cristian Maryelin Espinosa Leon | 35513907 | Madre |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊙

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 6.042.600,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 75.714.900,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 81.757.500,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Banco Davivienda | Cuenta de ahorros | 004870505674 | Centro Comercial Tunel | $ 4.000.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap

Última Actualización: 23-jul-2022

## 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |

c) En la actualidad: SI ○ NO ⊗ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO C.C○ C.E○ T.I.○ | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | | |

## 2 ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |

## 3 FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA D.C. 24-jul-2022

CIUDAD Y FECHA



FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap

Última Actualización: 23-jul-2022

Fecha Validación: 23-jul-2022

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| TRUTA | ESPINOSA | PAOLA ANDREA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C ⊗ C.E ○ PAS ○ No. 1010220941 | F ⊗ M ○ | COL ⊗ EXTRANJERO ○ |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NUMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 9 MES NOV AÑO 1994

PAIS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA

calle 8 a # 78-54

PAIS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7070071

EMAIL paoleuta@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACION BASICA | | | | | | | | | | TITULO Bachiller |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. MES NOVIEMBRE AÑO 2011 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA

TC (TECNICA), TL (TECNOLOGICA), TE (TECNOLOGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

Es (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRIA O MAGISTER), DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD ACADEMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACION MES | TERMINACION AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Universitaria | 12 | X | | MEDICINA | 12 | 2018 | |

**OTROS ESTUDIOS**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO.

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACION | AÑO TERMINACION | HORAS |
|---|---|---|---|

FORMATO ÚNICO
# HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar
Sideap
Última Actualización: 23-jul-2022
Fecha Validación: 23-jul-2022

**DOMINIO DE IDIOMAS**

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

**EMPLEO O CONTRATO**

| EMPRESA O ENTIDAD | | PÚBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | X | | Colombia |
| **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | | contactenos@subredsur.gov.co | |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | | **FECHA DE RETIRO** | |
| 7360060 | DIA 17 MES 4 AÑO 2020 | | DIA MES AÑO | |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | | **DIRECCIÓN** | |
| Medico General | Urgencias Pediatria | | Carrera 20 # 47B -35 sur | |

**EMPLEO O CONTRATO**

| EMPRESA O ENTIDAD | | PÚBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | | X | | Colombia |
| **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** | | **CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | | contactenos@subredsur.gov.co | |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | | **FECHA DE RETIRO** | |
| 7360060 | DIA 31 MES 3 AÑO 2019 | | DIA 16 MES 7 AÑO 2020 | |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | | **DIRECCIÓN** | |
| Profesional Servicio Social Obligatorio - | Ambulatorios | | Carrera 20 # 47B -35 sur | |

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| Privada | 0 | 0 |



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar
Sideap
Última Actualización: 23-jul-2022
Fecha Validación: 23-jul-2022

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| Pública | 3 | 3 |
| Total | 3 | 3 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 6o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 23-jul-2022
*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha* *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

BOGOTÁ

Sideap

# FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | PAOLA ANDREA TEUTA ESPINOSA |
| **Identificación:** | 1010220948 |
| **Entidad:** | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |
| **Cargo:** | Contratista |
| **Correo:** | paoteuta@gmail.com |
| **Tipo declaración:** | Para suscribir contrato de prestación de servicios |
| **Fecha Declaración:** | 23/07/22 0:00 |

El servidor Público o colaborador, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones, potenciales, reales o aparentes, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las causales que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés. Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con un interés particular. De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con mi interés particular.

De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

**Para efectos del diligenciamiento:** Para suscribir contrato de prestación de servicios

**Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:**