

¿Qué hacer si aparecen días no compensados?

**¡UPS! PROCESO DE MANTENIMIENTO**



PAGINA TEMPORALMENTE  
FUERA DE SERVICIO

Estamos experimentando  
dificultades técnicas.

Por favor intente más tarde.



**SITIO WEB NO  
DISPONIBLE POR  
MANTENIMIENTO  
PROGRAMADO. LE  
PEDIMOS DISCULPAS  
POR LAS MOLESTIAS Y  
LE SUGERIMOS QUE LO  
INTENTE DE NUEVO MÁS  
TARDE.**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                          |                 |                    |                   |                     |            |                       |           |
|-----------------------------------|---------|--------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social             | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion         | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1026574371                     |         | URREGO LEON PAULA ANDREA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL 6 A N 89 - 47 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3145868656 | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                          |                 |                    |                   |                     |            |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                    |                 | Tipo               | Fecha             |                     | Pago       |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                     | Planilla        | Planilla           | Limite            | Pago                | Banco      | Dias Mora             | Valor     |
| 2026-05                           | 2026-05 | 426787213                | 9505572736      | I                  | 2026/06/18        | 2026/06/30          | NEQUI      | 12                    | \$546,700 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |              |        |             |             |        |           |             |           |        |             |     |           |         |      |             |          |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|--------------|--------|-------------|-------------|--------|-----------|-------------|-----------|--------|-------------|-----|-----------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |            | PENSION      |        |             |             | SALUD  |           |             |           | CCF    |             |     |           | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo       | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo | Dias      | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias        | IBC | Aporte    | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte   | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |            |              |        | \$1,750,905 | \$280,200   |        |           | \$1,750,905 | \$218,900 |        |             | \$0 | \$0       |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |              |        | \$1,750,905 | \$280,200   |        |           | \$1,750,905 | \$218,900 |        |             | \$0 | \$0       |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |              |        | \$1,750,905 | \$280,200   |        |           | \$1,750,905 | \$218,900 |        |             | \$0 | \$0       |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 1026574371 | URREGO PAULA | 230201 | 30          | \$1,750,905 |        | \$280,200 | EPS010      | 30        |        | \$1,750,905 |     | \$218,900 |         | 0    |             | \$0      |              | \$0 |        | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |              |        | \$1,750,905 | \$280,200   |        |           | \$1,750,905 | \$218,900 |        |             | \$0 | \$0       |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                          |                 |                    |                   |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social             | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion         | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1026574371                 |    | URREGO LEON PAULA ANDREA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL 6 A N 89 - 47 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3145868656 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |       |           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|-------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago  |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco | Dias Mora | Valor     |
| 2026-05                           | 2026-05 | 426787213 | 9505572736 | I        | 2026/06/18 | 2026/06/30 | NEQUI | 12        | \$546,700 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$280,200       | \$2,500        | \$0                    | \$282,700     |  |
| PROTECCION               | 230201 | 800,229,739 | 0  | 1         | \$280,200       | \$2,500        | \$0                    | \$282,700     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$42,700        | \$400          | \$0                    | \$43,100      |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$42,700        | \$400          | \$0                    | \$43,100      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900       | \$2,000        | \$0                    | \$220,900     |  |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2  | 1         | \$218,900       | \$2,000        | \$0                    | \$220,900     |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$541,800       | \$4,900        | \$0                    | \$546,700     |  |



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

**La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.**

**Certifica que:**

***ANDREA URREGO PAULA***

**CC 1026574371**

**Ha participado y aprobado el proceso de formación de:**

***Ejes de Acreditación***

**Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas**

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *miércoles, 24 de junio de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

*Andrea Elizabeth Hurtado Neira*  
Gerente

***“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”***



QR de  
verificación:





# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***PAULA ANDREA URREGO LEON***

ha participado y aprobado el Curso Virtual  
**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

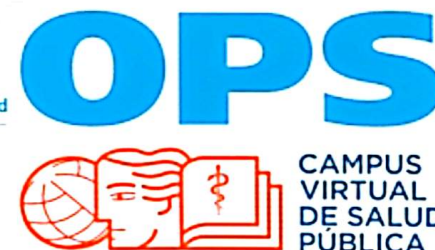
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 98,00 %

25 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



\*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=02e8b7a5-eb3c-4aa0-aa88-b289b71f3ded>

## FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

Última Actualización: 28-jun-2026

El futuro  
es de todosGobierno  
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, PAULA ANDREA URREGO LEON

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1026574371 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección calle 6a No 89 47

Teléfonos 3145868656 7155208

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS         | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|-----------------------------|------------------------|------------|
| Thiago Samuel Alonso Urrego | 1206218047             | Hijo(a)    |

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 | \$ 0,00          |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00          |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00          |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00          |
| HONORARIOS                          | \$ 20.400.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00          |
| TOTAL                               | \$ 20.400.000,00 |

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 | 004600162863        | tintal            | \$ 0,00            |

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 |

|                                                                                                                       |                                     |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>El futuro<br/>es de todos</div> | <div>Gobierno<br/>de Colombia</div> | <div>FORMULARIO ÚNICO</div> <div>DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y<br/>RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA</div> <div>Persona Natural</div> <div>(LEY 190 DE 1995)</div> | <div>ENTIDAD RECEPTORA</div> <div>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Sur Occidente E.S.E.</div> <div></div> <div>Última Actualización: 28-jun-2026</div> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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                                                                   | NÚMERO DOCUMENTO |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                     | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> |                  |

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Firma electrónica:  
PAULA ANDREA URREGO LEON 28/06/2026 11:31:49  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 28-jun-2026  
CIUDAD Y FECHA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**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. 1026574371 de BOGOTA

La suma de \$2.406.420 (**Dos millones Cuatrocientos seis mil cuatrocientos veinte**) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de 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 **Auxiliar de Enfermería**; en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de **Radiología**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 30 de Junio de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 2349-2026**

Paula Urrego

**PAULA ANDREAURREGO LEON**

C.C. 1026574371 de BOGOTA  
Cel.: 3145868656  
CUENTA DE AHORROS # 4600162863  
BANCO DAVIVIENDA

Medellin, 29 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **PAULA ANDREA URREGO LEON** con documento de identidad **C1026574371**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **PAULA ANDREA URREGO LEON** con NIT **C1026574371**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante                                           | Centro de trabajo          | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|----------------------------------------------------------|----------------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2023-01-01   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | INDEPENDIENTES VOLUNTARIOS | 0000000001 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

- Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- Línea de conciliación ARL 3103157562
- [sura.co/arl](https://sura.co/arl)

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                        |                                  |               |                                                                                     |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                        | Versión<br>3                     |               |  |                         |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                            |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |                         |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                            |                        |                                  |               |                                                                                     |                         |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | paula andrea urrego leon                   |                        |                                  |               |                                                                                     |                         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                        | X                      | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1026574371              |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | paulaleon393@gmail.com                     |                        |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3244351312              |
| 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                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 4600162863                                 |                        |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO                      |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                        |                                  |               |                                                                                     |                         |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2349                     |                                            |                        | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |                         |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1080              | FECHA                    | 2026-05-11 14:54:34.000                    | NÚMERO DE CRP          |                                  | 19568         | FECHA                                                                               | 2026-05-28 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                            |                        |                                  |               |                                                                                     |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                      | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            | 2026-06-01             |                                  |               | 2026-06-30                                                                          |                         |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                            | \$2,406,420            |                                  |               |                                                                                     |                         |
| 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. |                   |                          |                                            |                        |                                  |               |                                                                                     |                         |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                            |                        |                                  |               |                                                                                     |                         |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                            |                        |                                  | VALORES       |                                                                                     |                         |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                            |                        |                                  | \$148,837,580 |                                                                                     |                         |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                        |                                  | \$12,343,500  |                                                                                     |                         |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                            |                        |                                  | \$2,406,420   |                                                                                     |                         |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                        |                                  | \$0           |                                                                                     |                         |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                            |                        |                                  | \$136,494,080 |                                                                                     |                         |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                            |                        |                                  | 8%            |                                                                                     |                         |
| 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                                                                       |                         |
| 9505572736                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,095,336       | \$136,917                |                                            | \$175,254              | 3                                | \$26,682      | \$338,853                                                                           |                         |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                   |                          |                                            |                        |                                  |               |                                                                                     |                         |
| RONALD MEZA COLON<br>91446480<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                            |                        |                                  |               |                                                                                     |                         |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTOS                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | cumplo con el porte de los elemntos de los elementos basicos,para el desarrollo de mis actividades.                                                                                                                     | prepare los elemntos necesarios para el desarrollo de mis actividades.                   |
| .Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.                                                                                                                                                 | prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.                  |
| Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.                                                                                                                                                                                                                              | desarrollo mis actividades de forma responsable y con etica, según los protocolos estipulados.                                                                                                                          | cumpli con mis actividades de forma responsable y siguiendo los protocolos establecidos. |
| .Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .realizo mis actividades y procedimientos con una tecnica adecuada.                                                                                                                                                     | realice mis procedimientos, siguiendo los protocolos.                                    |
| Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | .arreglo ,limpio y organizo la unidad.                                                                                                                                                                                  | firmo acta de limpieza y desinfeccion.                                                   |
| Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | preparo y colaboro a los pacientes, para la realizacion de su examen.                                                                                                                                                   | realice mi registro de notas de enfermeria con cada actividad.                           |
| Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | asisto de manera oportuna y eficaz a mis pacientes en cada una de sus actividades.                                                                                                                                      | desarrolle mi nota de enfermeria en la aplicación de dinamica.                           |
| Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | .no aplica en nuestro servicio.                                                                                                                                                                                         | .no aplica en nuestro servicio.                                                          |
| Realizar personalmente las actividades, objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados.                                                                                                                                            | Realizo todas las actividades para la cuales fui contratado y respondo por cada una de ellas,siempre teniendo en cuenta que es responsabilidad de todo el equipo de trabajo el cumplir a cabalidad con nuestro trabajo. | Libro de entrega de turno y actas.                                                       |
| Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | dedico la totalidad del tiempo para el desarrollo de mis actividades contractuales.                                                                                                                                     | regitro en el formato de recibo y entrega de turno                                       |
| ecibir y entregar la información detallada del servicio a cargo (TAC, Rx, Ecografia).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | diligencio diariamente el libro de entrega de turno.                                                                                                                                                                    | .libro de entrega de turno.                                                              |
| Atender las necesidades del equipo de trabajo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | atiendo las necesidades de mi equipo de trabajo                                                                                                                                                                         | soy eficiente y eficaz                                                                   |
| Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | explico los procedimientos que se van a realizar a los pacientes y a su acompañante.                                                                                                                                    | acta de consentimiento informado                                                         |
| Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.                                                                                                                                         | .respeto los derechos y trato con etica a todos los pacientes.                                                                                                                                                          | trabajo con etica                                                                        |
| Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                             | trato con respeto y de la mejor forma a las personas de mi entorno.                                                                                                                                                     | .mantengo buenas relaciones                                                              |
| Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.                                                                                                                                                                                                   | cumplo con todas las disposiciones impartidas por mi jefe inmediato.                                                                                                                                                    | firma de actas de compromiso.                                                            |
| . Aplicar los principios de técnica aséptica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | .aplico los principios de tecnica aseptica.                                                                                                                                                                             | .carpeta de control de desinfeccion y limpieza.                                          |
| .Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | aplico las normas de bioseguridad en el manejo de fluidos.                                                                                                                                                              | carpeta de control de desinfeccion y limpieza.                                           |
| .Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento. | cumplo con todos los protocolos establecidos en el programa de salud ocupacional.                                                                                                                                       | apliactivo almera.                                                                       |
| Vigilar e informar faltantes del inventario..                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | vigilo e informo faltantes de inventario.                                                                                                                                                                               | libro de registro de inetario.                                                           |
| .Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos y materiales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | mantengo limpios y ordenados todos los equipos y materiales utilizados.                                                                                                                                                 | carpeta de control de desinfeccion y limpieza de equipos.                                |
| Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.                                                                                                                                                                                                    | hago uso adecuado y racional de los insumos y equipos utilizados en mi labor.                                                                                                                                           | libro de control.                                                                        |
| Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                          | .porto el carnet durante todo mi turno.                                                                                                                                                                                 | porto mi uniforme completo..                                                             |
| Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.                                                                                                                                                                                                                                                   | salvaguardo todos los elementos dejados a mi cargo.                                                                                                                                                                     | libro de entrega de turno.                                                               |
| Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo                                                                                                                                                                                                                                               | gestiono de acuerdo a lo establecido las novedades.                                                                                                                                                                     | .aplicativo mesa de ayuda.                                                               |
| .Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.                                                                                                                                                                                                                                                    | utilizo bienes y recursos necesarios para mi funcion de la mejor manera.                                                                                                                                                | .utilizo bienes y recursos necesarios para mi funcion de la mejor manera.                |

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

Copia Certificada  
Subred Suroccidente