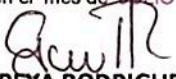
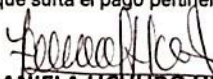


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			LEIDI DANIELA UCHUBO HERNANDEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.		1075629019						
CORREO ELECTRONICO:			danielauchubo@gmail.com				CELULAR:		3058125254					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							PA21							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			ESPACIO TRABAJO				SEDE:		Kennedy					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		K18	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			456 000085682							PENSIONADO		No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			4277 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 de 4				
NÚMERO DE CDP		1108	FECHA	30/06/2018	NÚMERO DE CRP		31061	FECHA	30/06/2018					
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.											
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
					1	7	2018			30	7	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$3.070.655											
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA %				\$0						
OBSERVACIONES: CENTROS DE COSTOS FALTANTES V709(0%), K109(0%)														
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO														
CONCEPTO								VALORES						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$10.747.293						
VALOR EJECUTADO								\$10.747.293						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$3.070.655						
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 \$1.22.262, 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%		NIVEL ARL	APORTE ARL		TOTAL APORTES				
187772403	\$1.228.262,00		\$153.600		\$196.600		3	\$30.000		\$380.200				
Dado en Bogotá en el mes de <u>JULIO</u> del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,														
 SANDRA MIREYA RODRIGUEZ BELTRAN NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:							 LEIDI DANIELA UCHUBO HERNANDEZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA							

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS

Versión

2

Fecha de
aprobación

03/04/2017

Código:

04-02-FO-0003



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:		ESPACIO TRABAJO		Sede: SUR						
No. DE CONTRATO: 4277 - 2018		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	7	2.018		30	7	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LEIDI DANIELA UCHUBO HERNANDEZ		C. C.		1.075.629.019		DE		TOCAIMA
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			
Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio Trabajo		SI	Reunión equipo tablero de indicadores 03/07/2018. Reunión fortalecimiento conceptual 4, 5, 6/07/2018. Asistencia técnica en SDS 09/07/2018 Cumplimiento con las acciones establecidas en el espacio trabajo				Acta de reunión y listado asistencia Acta de reunión y listado asistencia Listado de asistencia Formatos de trabajo infantil			
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE		SI	En la localidad de Kennedy 40 intervenciones de identificación y caracterización del perfil del riesgo de los niños y niñas trabajadores y primera asesoría. Una intervención GOTIS.				Formatos de caracterizaciónn trabajo infantil, lista de asistencia y formato ficha técnica.			
Realizar seguimiento a los menores canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS		NO	No se presentan para este mes				No se presentan para este mes			
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.		NO	No se presentan para este mes				No se presentan para este mes			
Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.		SI	Canalización población venezolana y colombiana sin sistema de seguridad social.				formato de canalización			
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.		SI	Se brinda educación durante el acompañamiento a las familias y niños				No se presentan para este mes			
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión		NO	No se presentan para este mes				No se presentan para este mes			
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos		SI	Se realiza entrega de soportes correspondientes al mes de julio de 2018				soportes de pre- auditoria			
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del espacio asignado		NO	No se presentan para este mes				No se presentan para este mes			
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.		NO	No se presentan para este mes				No se presentan para este mes			
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS		NO	No se presentan para este mes				No se presentan para este mes			
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).		NO	No se presentan para este mes				No se presentan para este mes			
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.		NO	No se presentan para este mes				No se presentan para este mes			
Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública		NO	No se presentan para este mes				No se presentan para este mes			
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.		SI	Asistencia técnica en SDS 09/07/2018				Listado asistencia			
OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (2) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)										
TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS (\$ 3.070.655)										
Leidi Daniela Uchubo Hernandez 				Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:						
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.										

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1075629019
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LEIDI DANIELA UCHUBO HERNANDEZ UCHUBO HERNANDEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 86B # 53-98 SUR AP	TELÉFONO: 4090009
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	187772403	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	AÑO: 2018
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/07/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 515302001

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 196.600
SUBTOTAL:			1	\$ 196.600
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 153.600
SUBTOTAL:			1	\$ 153.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	\$ 30.000
SUBTOTAL:			1	\$ 30.000

TOTAL PAGADO:	\$ 380.200
----------------------	-------------------

F05499
07/18