	CERTIFICO C[illegible] PRESTACIÓN		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

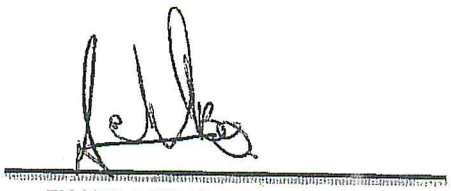
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ELIANA AMPARO BRAVO GARCIA

C.C 1'022.392093 DE BOGOTA D.C

La suma de **$1.795.086**, por concepto de: **EL CONTRATISTA A NOMBRE PROPIO Y DE MANERA INDEPENDIENTE , SIN QUE EXISTA SUBORDINACION NI RELACION LABORAL ALGUNA, PRESTARA SUS SERVICIOS Y CONOCIMIENTOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE** durante el periodo de **01** al **31** de **MAYO DE 2021** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 2185-2021**



ELIANA AMPARO BRAVO GARCIA

C.C 1'022.392.093 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0570007590423864

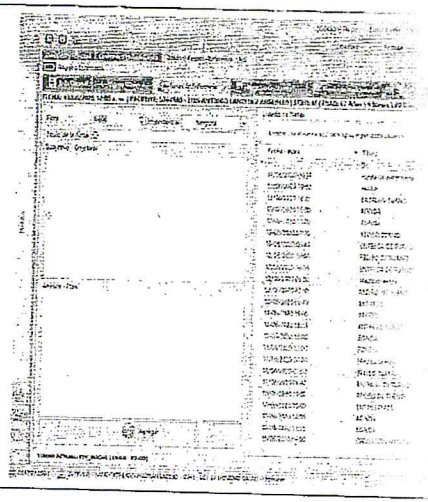
Secretaría de Salud · Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión:	2
		Fecha de aprobación:	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
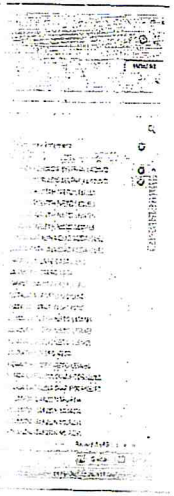
Ubicación del Servicio:	URGENCIAS - CAPS TRINIDAD GALAN			Sede: SUR					
No. DE CONTRATO:	2165-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	AÑO	Día	Mes	
			1	5	21	21	31	5	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ELIANA AMPARO BRAVO GARCIA	C. C.	1'022.392.093			BOGOT			BOGOTÁ

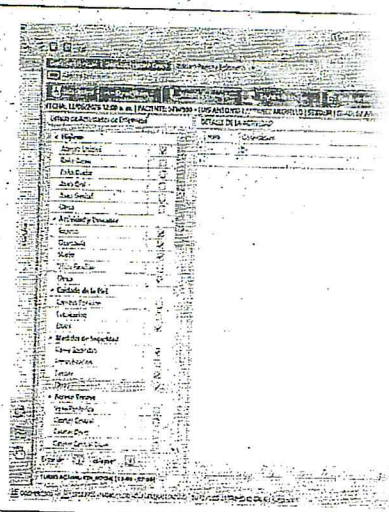
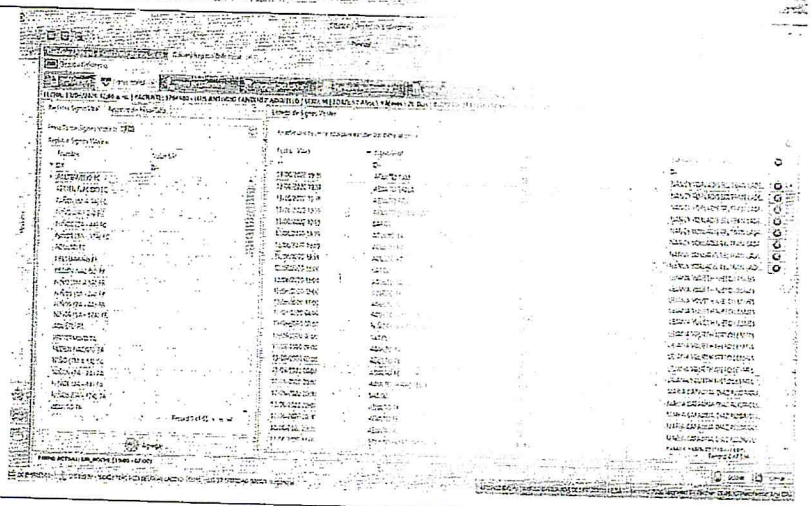
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIA... Servicios de Salud Sur Occidente

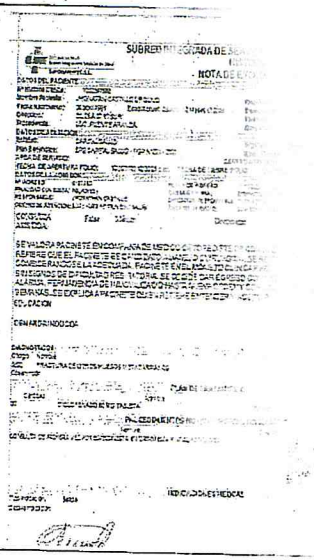
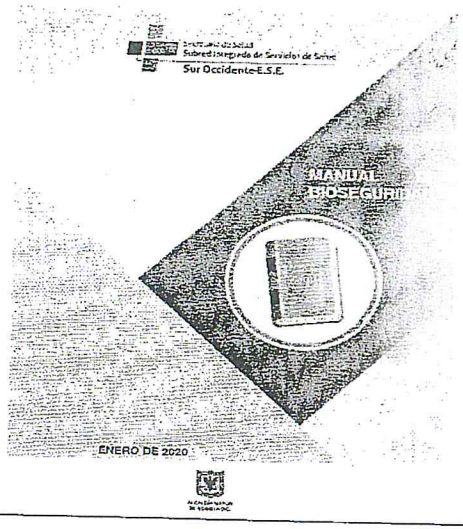
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería		realizar actividades basicas de enfermeria	

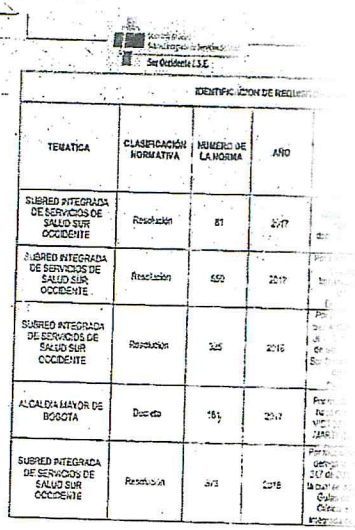
...AS de la Subred Integr...



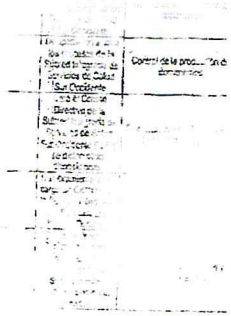
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio		realizar actividades basicas de enfermeria	
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente		realizar actividades basicas de enfermeria.	
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención		informar y dar aviso sobre eventos	SE REALIZA RETROALIMENTACION CON SUPERVISOR ENCARGADO POR MEDIO DE REUNIONES, ACTA EN OFICINA

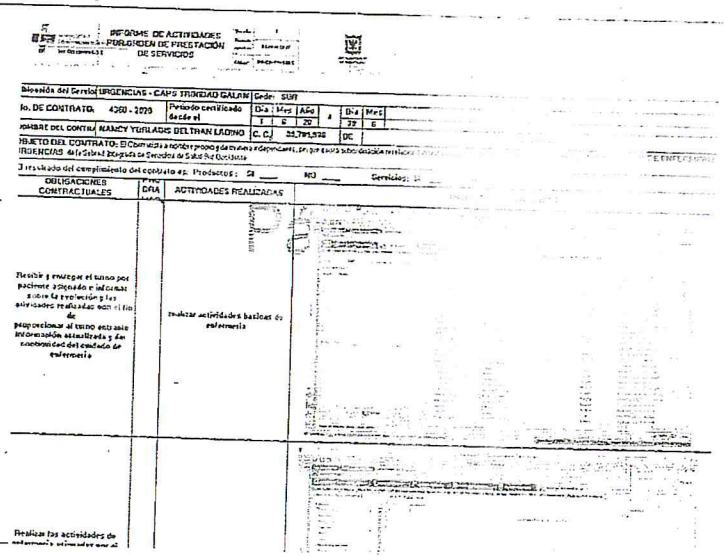
Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio		realizar actividades basicas de enfermeria	
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad		cumplir con las normas de bioseguridad	

Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred		cumplimiento de metas e indicadores del contrato	
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento		aplicar formatos establesidos por la red	



IDENTIFICACIÓN DE REGLE			
TEMATICA	CLASIFICACIÓN NORMATIVA	NUMERO DE LA NORMA	AÑO
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	81	2017
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	459	2017
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	325	2016
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA	Decreto	161	2017
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	343	2016





INFORME DE ACTIVIDADES PARA REGIMEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Dirección del Servicio: URGENCIAS - CAPS TRINIDAD GALAN — Sede: SUR

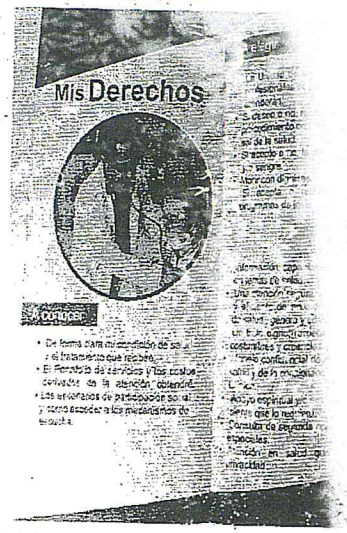
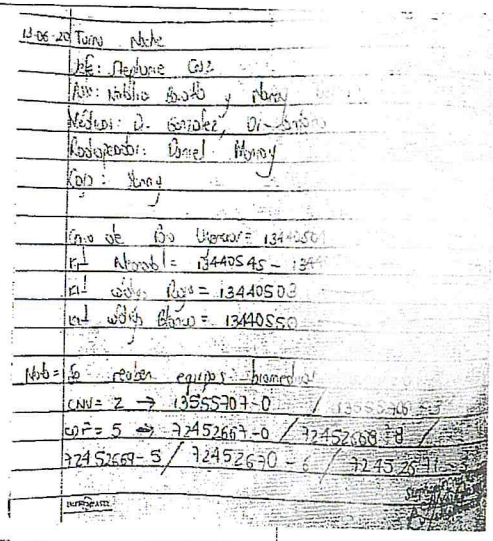
No. DE CONTRATO: 4560 - 2020 — Periodo certificado desde el: Día 1 Mes 6 Año 20 — a: Día 30 Mes 6

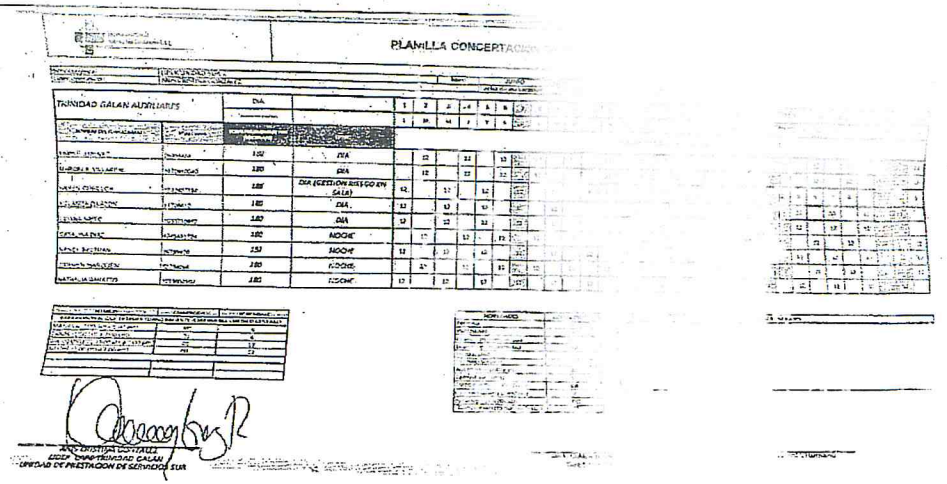
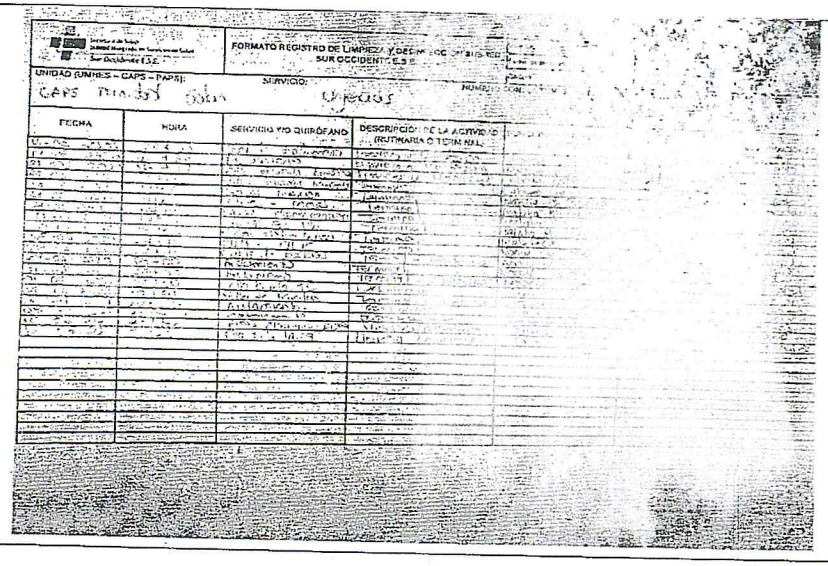
NOMBRE DEL CONTRATISTA: NANCY YORLADIS DELTHAN LADINO — C. C.: 33.791.938 — DC

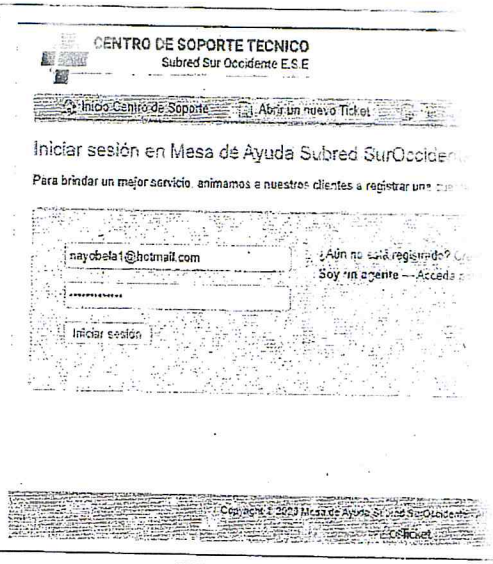
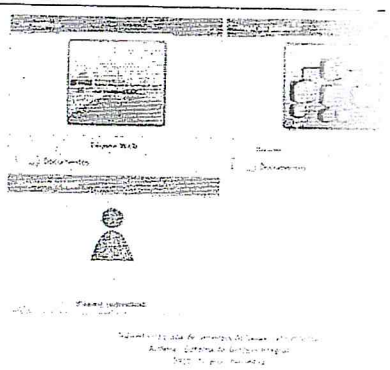
OBJETO DEL CONTRATO: El contratista se obliga a prestar apoyo a la gestión en el servicio de URGENCIAS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	DÍA	ACTIVIDADES REALIZADAS
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y de continuidad del cuidado de enfermería		realizar actividades basicas de enfermeria
Realizar las actividades de enfermería establecidas en el		

Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.		realizar actividades basicas de enfermeria	
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio,Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible		cumplir directrises	

Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales		asistir a las capacitaciones y reuniones programadas por la institución	
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred		se diligencia de manera clara y consisa los documentos requeridos	

Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio		se actualiza e informa sobre las indicaciones de bioseguridad	
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos		conocer y aplicar directrises	

Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregados a la persona encargada en caso de terminación del contrato			
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado		asistir a las capacitaciones y reuniones programadas por la institucion	realizar el pago oportuno

PRE TEST - POST TEST CONSERVATORIO DE CALIDAD SARS CoV 2

Página 1

Limpiar

OBJETIVO: Dar a conocer la actualización que se ha hecho al plan de contingencia de la Subred para fortalecer los conocimientos y aplicación de las mejores prácticas en la valoración de casos probables y confirmados por SARS CoV 2 por parte de los colaboradores del área asistencial de la Subred Integrada de servicios sur occidente

Nombre * Nancy Yorladis Beltran Ladino

Cédula * 39789938

Fecha * 2020-06-13

Seleccione si es pre test o post test *

Pre Test

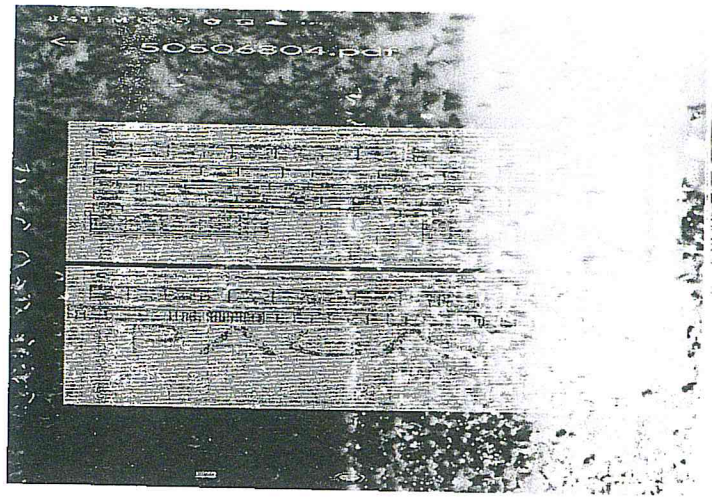
Post Test

USS: *

USS Sur

Unidad *

CAPS Timiza Galan

Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		se realiza el aporte a eps y se entrega soporte adjunto	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR)NUMERO Y LETRA) $1'795086 UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CERO OCHENTA Y SEIS PESOS

BOGOTÁ D.C ELIANA AMPARO BRAVO GARCIA 1'022.392.093

CONTRATISTA

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.

compensar.miplanilla.com PLANILLA INTEGRADA

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022392093	ELIANA AMPARO BRAVO GARCIA		CL57C BIS SUR #77J-90	3111111	NANA9414@HOTMAIL.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA (DIA/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2021-04	2021-04	I	10/05/2021

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	

TOTALES PENSIÓN

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 UPC
231001	Colfondos	800227940-6	145.400	0	0	0	0	0	0	

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
				No. Autorización	Valor								
14-11	ARL SURA	890903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	

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 Aportes IBC Valor	Valor Aportes IBC Valor
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

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	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022392093	ELIANA AMPARO BRAVO GARCIA	CLL57C BIS SUR #77J-90	3111111	NANA9414@HOTMAILES		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	10/05/2021	50506804	$299.400	

LLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | |