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 **01DE JUNIO DE 2021** al **30 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.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIANA AMPARO BRAVO GARCIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1'022.392.093							
CORREO ELECTRONICO:	nana9414@hotmail.es				CELULAR:	3196544707							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS - CAPS TRINIDAD GALAN				SEDE:								
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU41 - B02	50%	SU41-B03	50%									
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590423864								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2185-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1			
NÚMERO DE CDP	495	FECHA	31/03/2021	NÚMERO DE CDR	22920	FECHA	12/04/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, 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	6	21		30	6	21		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$9.651									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 0%	$1.734							

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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.998.436
VALOR EJECUTADO	$6.998.436
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.795.086
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 mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2'271,315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
50506804	$908.526,00	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200

Dado en Bogotá a los (3O) días del mes de JUNIO del año Dos Mil Ventiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

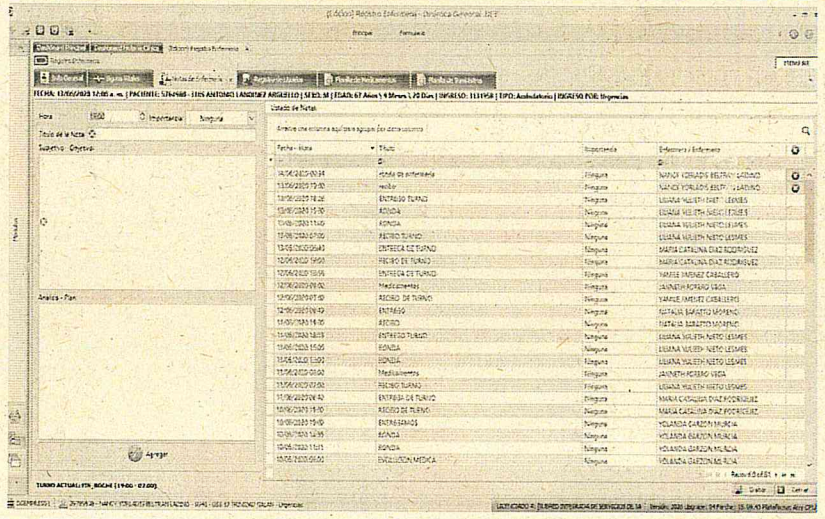
IBETH YUSSEFF MORA MURCIA	ELIANA AMPARO BRAVO GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

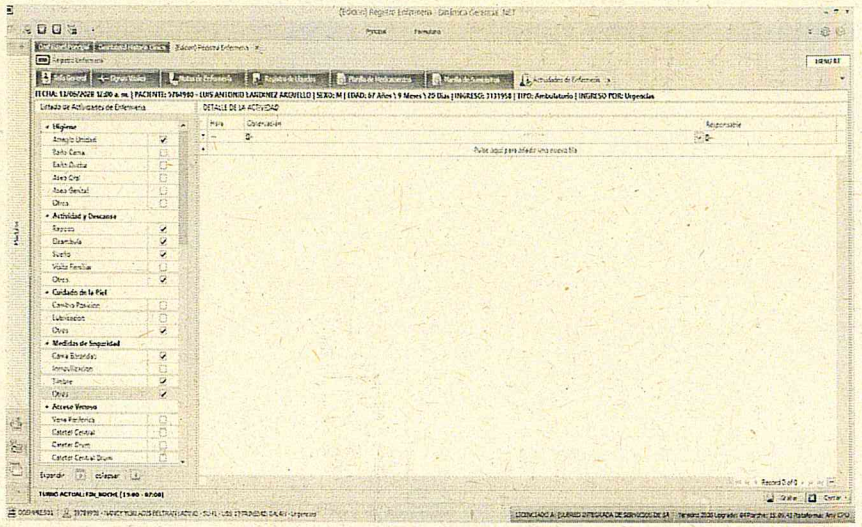
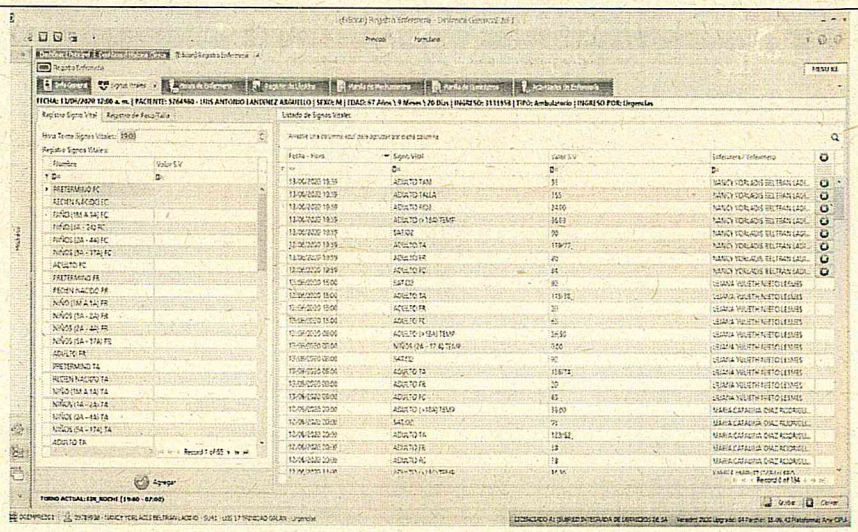
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

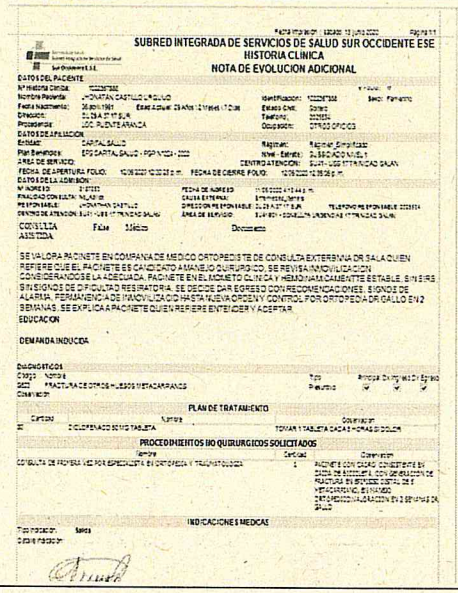
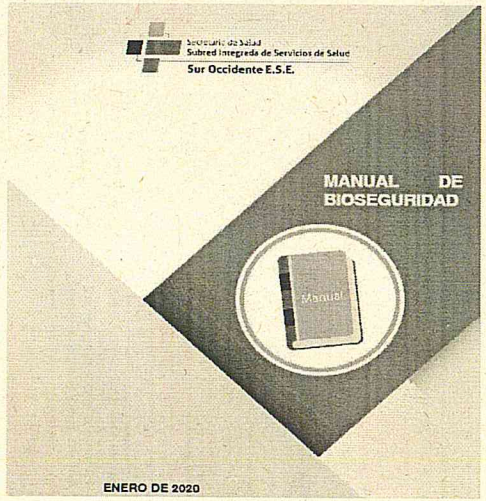
Ubicación del Servicio:	URGENCIAS - CAPS TRINIDAD GALAN		Sede: SUR							
No. DE CONTRATO:	2185-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	AÑO 21	Día	Mes	Año	
			1	6	21		30	6	21	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ELIANA AMPARO BRAVO GARCIA		C. C.	1'022.392.093			BOGOT		BOGOTÁ D.C	

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 **AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS** de la Subred Integrada de 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**	

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**	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLINICA
NOTA DE EVOLUCION ADICIONAL

DATOS DEL PACIENTE

DATOS DE LA ADMISION

CONSULTA ASISTIDA

SE VALORA PACIENTE EN COMPAÑIA DE MEDICO ORTOPEDISTE DE CONSULTA EXTERNA DR SALA QUIEN REFIERE QUE EL PACIENTE ES CANDIDATO A MANEJO QUIRURGICO, SE REVISA INMOVILIZACION CONSIDERANDOSE LA ADECUADA, PACIENTE EN EL MOMETO CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, PERMANENCIA DE INMOVILIZACION HASTA NUEVA ORDEN Y CONTROL POR ORTOPEDIA DR GALLO EN 2 SEMANAS, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

EDUCACION

DEMANDA INDUCIDA

DIAGNOSTICOS

PLAN DE TRATAMIENTO

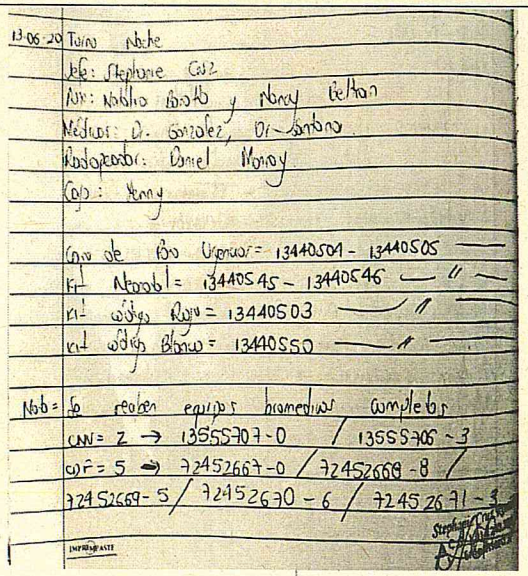
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

INDICACIONES MEDICAS

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

MANUAL DE BIOSEGURIDAD

ENERO DE 2020

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 el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred		**cumlimiento 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**	

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

FORMATO MATRIZ DE CUMPLIMIENTO DE LO LEGAL (NORMOGRAMA)

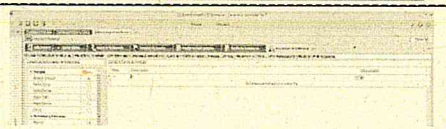
IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES Y/O NORMATIVOS IDENTIFICACION DEL REQUISITO							
TEMATICA	**CLASIFICACIÓN NORMATIVA**	**NUMERO DE LA NORMA**	**AÑO**	**EPIGRAFE**	**ARTICULO APLICABLE**	**REQUERIMIENTO ESPECIFICO**	**PROCESO**
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	81	2017	Lineamientos para el manejo de la documentación subred	Todos	De aplicación a todo los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	Control de la producción de documentos
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	550	2017	Por medio de la cual se establecen los lineamientos para el control de Documentos pdf	Todos	De aplicación a todo los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	Control de la producción de documentos
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	325	2016	Por medio del cual se crea el Comité Directivo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y se dictan otras disposiciones.	Todos	Crea el Comite Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y se dictan otras disposiciones.	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA	Decreto	161	2017	Por medio del cual se hace nombramiento VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO	Todos	Nombramiento en el cargo de Gerente de la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	373	2016	Por medio de la cual se deroga la resolución 347 de 2017 mediante la cual se adoptaron las Guías de Práctica Clínica en Subred Integrada de Servicios	Todos	Guías de Práctica Clínica en Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Empresa Social del Estado	Internación adultos, niños y gineco-obstetricia

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

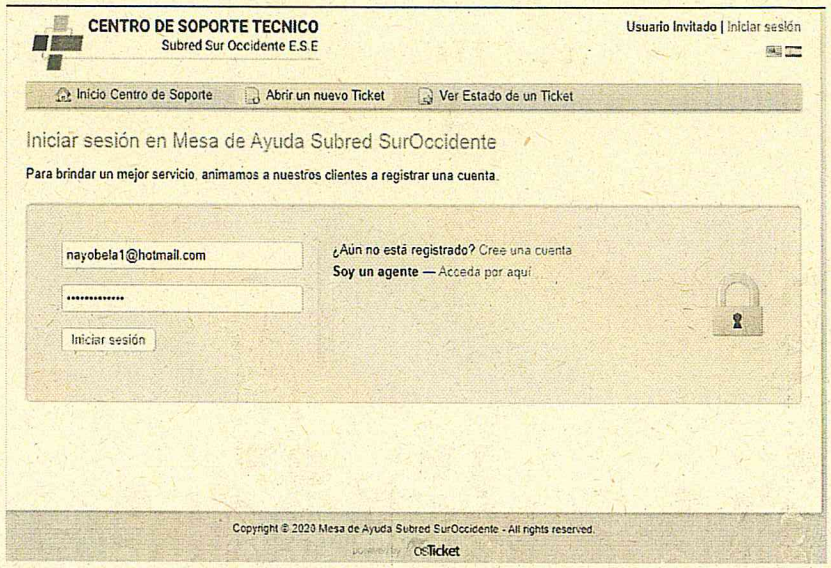
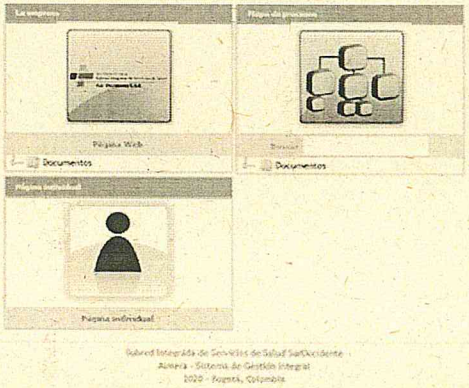
Ubicación del Servicio	URGENCIAS - CAPS TRINIDAD GALAN	Sede: SUR							
No. DE CONTRATO:	4360 - 2020	Periodo certificado desde el	Día 1	Mes 6	Año 20	a	Día 30	Mes 6	Año 20
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NANCY YORLADIS BELTRAN LADINO	C. C.	39,789,938	DE					

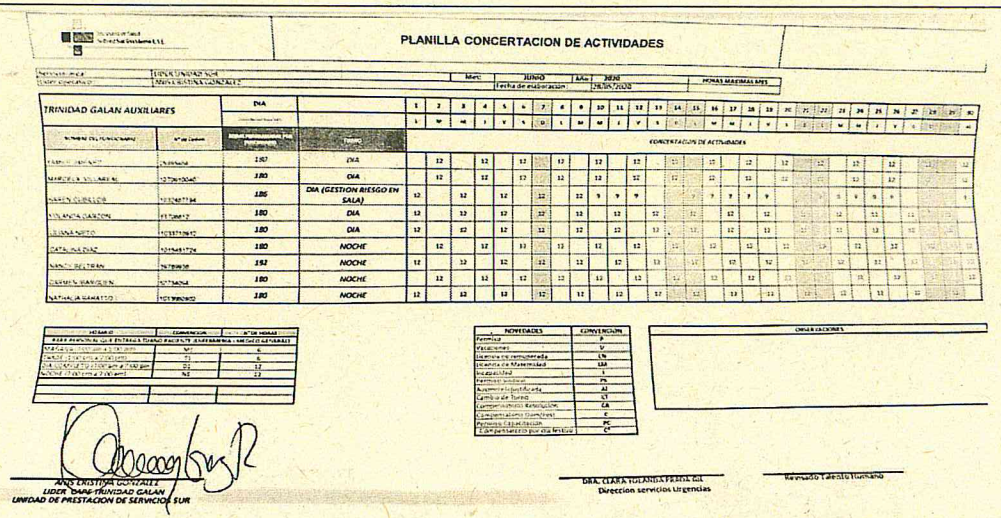
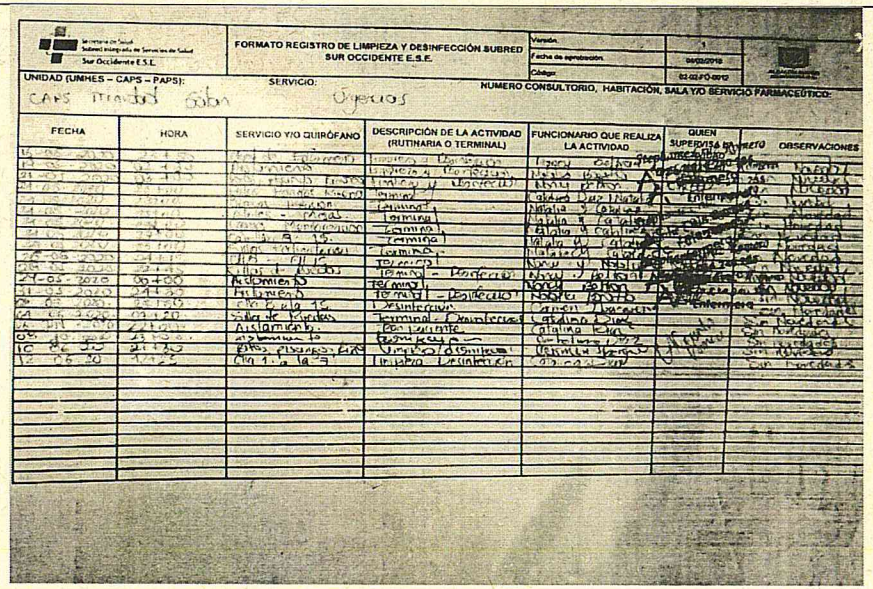
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como **AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMA	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	
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el			

Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato		realizar el pago oportuno	
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	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 Trinidad Galán

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**	

Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales		**asistir a las capacitaciones y reuniones programadas por la institucion**	
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**	

PLANILLA CONCERTACION DE ACTIVIDADES

TRINIDAD GALAN AUXILIARES

ANA ERISTINA GONZALEZ
LIDER SAAS-TRINIDAD GALAN
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS SUR

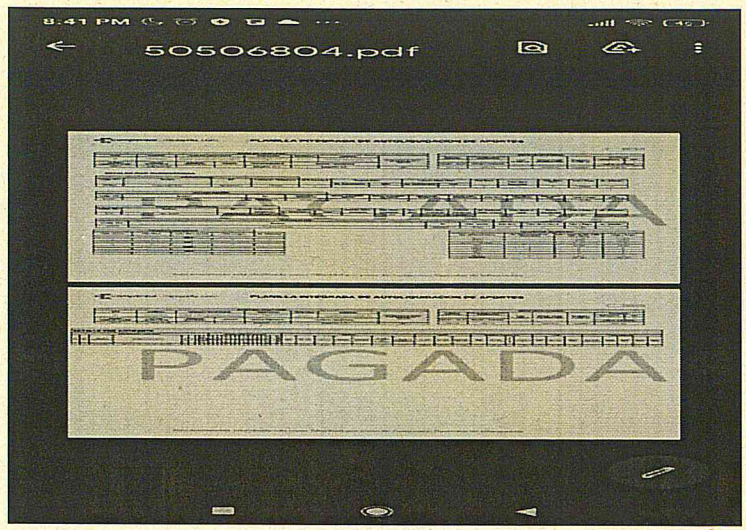
DRA. CLARA YOLANDA PERRA GIL
Direccion servicios Urgencias

Revisado Talento Humano

FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.

UNIDAD (UMHES – CAPS – PAPS): CAPS Trinidad Galan SERVICIO: Urgencias NUMERO CONSULTORIO, HABITACIÓN, SALA Y/O SERVICIO FARMACEÚTICO:

FECHA	HORA	SERVICIO Y/O QUIRÓFANO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (RUTINARIA O TERMINAL)	FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ACTIVIDAD	QUIEN SUPERVISA EL PROCESO	OBSERVACIONES

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 SETECIONTOS 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.