DOCUMENTO EQUIVALENTE

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ

C.C 1015481724 DE Bogotá D.C

La suma de **1.703.946** por concepto de; prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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. Durante el periodo de **01 al 31 de JULIO** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1423 – 2021

MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ

C.C 1015481724 DE Bogotá D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 0550488418026719

Escaneado con CamScanner

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.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1015481724							
CORREO ELECTRONICO:	catalina.001@live.com				CELULAR:	3174110956							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS - CAPS TRINIDAD GALAN				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU41B02	50%	SU41B03	50%									
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	*0550488418026719									PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1423 - 2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 de 7			
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	NÚMERO DE CRP	35650	FECHA	30/06/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, DENTRO DE LOS DIFERENTES POCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, DE AUCERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2021		31	7	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.703.946									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

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.

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.927.622
VALOR EJECUTADO	$10.223.676
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.703.946
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.703.946
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	86%

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
1038451162	$908.526,00	$113.600	$145.400	3	$22.200	$299.400

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de JULIO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente.Cordialmente,

Jaime Humberto Castillo Ramos
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

María Catalina Diaz Rodriguez
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-07-16, 09:32:44 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1038451162

Periodo Cotización: junio de 2021 **Periodo Servicio:** junio de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8822342910

PAGADO 16/07/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ		
Documento	CC1015481724	**Dirección**	CL 61A SUR #100 A - 47
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3174110956
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
C 1015481724	MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	(EPS010) EPS SURA	$ 908.526	$ 113.600	2,436	$ 908.526	$ 22.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 908.526	$ 18.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 299.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 18.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 299.400	$ 0	$ 299.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Escaneado con CamScanner

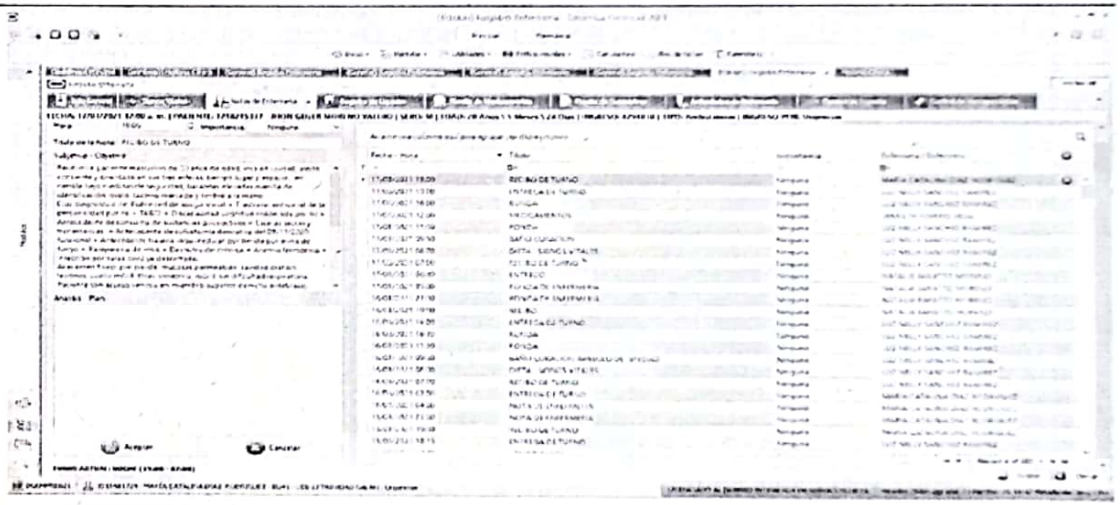
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

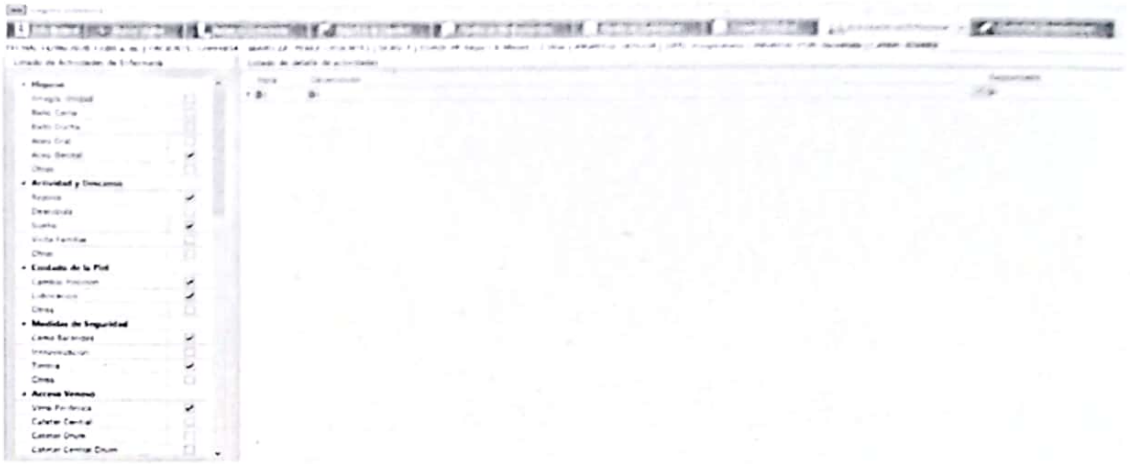
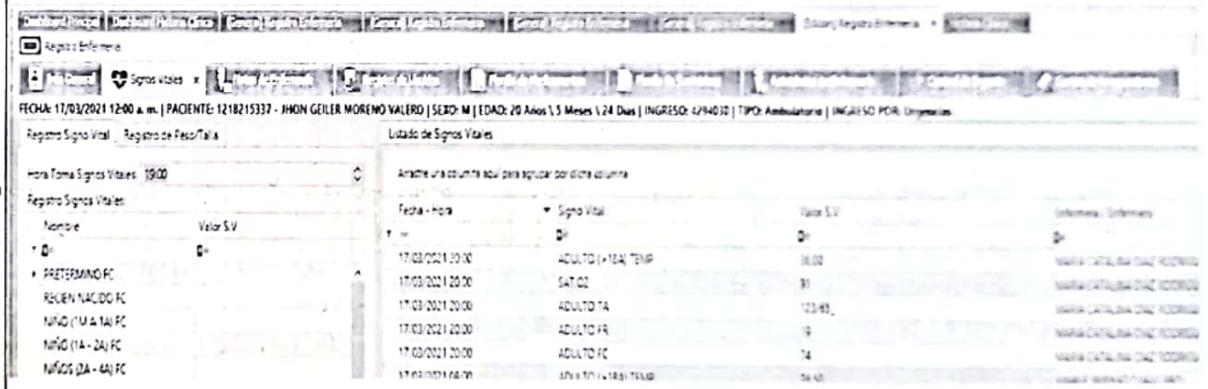
Ubicación del Servicio:	AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS		Sede: CAPS TRINIDAD GALAN						
No. DE CONTRATO:	1423 - 2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	7	2.021		31	7	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ		C. C.		1.015.481.724		DE		BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALI OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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**	

Escaneado con CamScanner

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 MENSUAL Y QUEDA CONSIGNADO EN ACTA DE REUNION DISPONIBLE EN OFICINA**

Escaneado con CamScanner

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		**Trajes entregados por la sub red con kit de proteccion**	

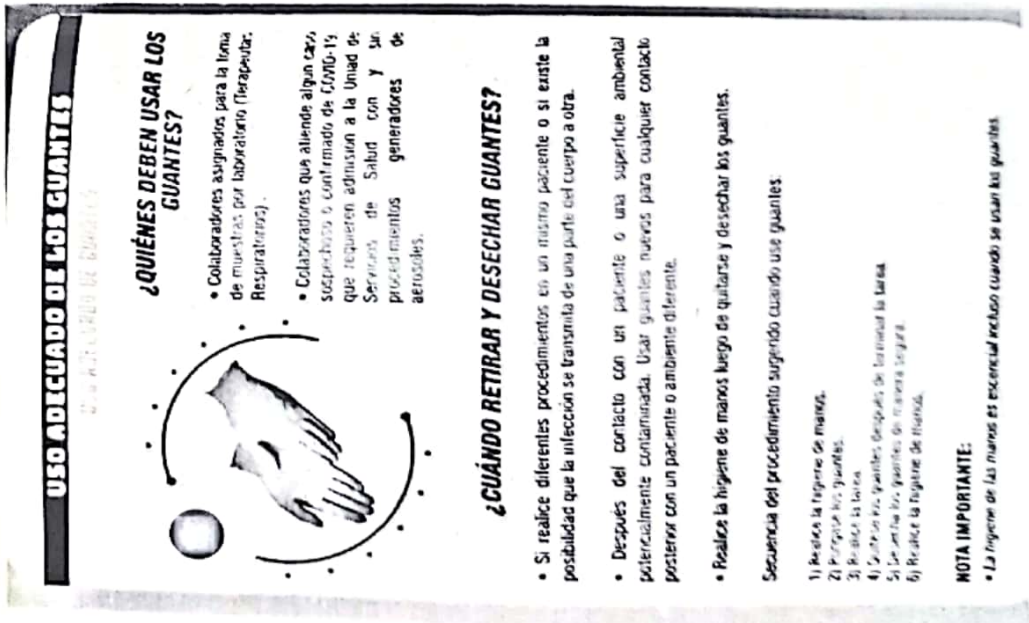
Comunicación

Conoce sobre la estrategia HABLEMOS, que permite la construcción de espacios de confianza, respeto y entendimiento entre el usuarios y el equipo de salud, contribuyendo con la identificación y comunicación de las situaciones de riesgo, permitiendo que la atención se realice bajo las mejores condiciones de seguridad.

¡RECUERDE!

- Si tiene dudas o preocupaciones de su diagnóstico y tratamiento pregunte directamente a su médico tratante y si no entiende vuelva a preguntar hasta que la información sea clara.

L8



USO ADECUADO DE LOS GUANTES

¿QUIÉNES DEBEN USAR LOS GUANTES?

- Colaboradores asignados para la toma de muestras por laboratorio (Terapeutas Respiratorias).
- Colaboradores que atiende algun caso sospechoso o confirmado de COVID-19 que requieren admisión a la Unidad de Servicios de Salud con y sin procedimientos generadores de aerosoles.

¿CUÁNDO RETIRAR Y DESECHAR GUANTES?

- Si realice diferentes procedimientos en un mismo paciente o si existe la posibilidad que la infección se transmita de una parte del cuerpo a otra.
- Despues del contacto con un paciente o una superficie ambiental potencialmente contaminada. Usar guantes nuevos para cualquier contacto posterior con un paciente o ambiente diferente.
- Realice la higiene de manos luego de quitarse y desechar los guantes.

Secuencia del procedimiento sugerido cuando use guantes

1) Realice la higiene de manos.
2) Retire los guantes.
3) Realice la higiene de manos.
4) Coloque los guantes limpios de la manera segura.
5) Coloque los guantes limpios de manera segura.
6) Realice la higiene de manos.

NOTA IMPORTANTE:

- La higiene de las manos es esencial incluso cuando se usan los guantes.

Escaneado con CamScanner

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, estadistica, libros de registro, en forma legible	**cumplir directrises**	

Identificación
Correcta

Durante todo el proceso de atención verifique que sea identificado correctamente con sus nombres y apellidos completos, verifique en la manilla que la información sea la correcta y en caso de que algún dato no corresponda o se encuentre incorrecto informe al personal de enfermería.

Esta acorde que todos los profesionales de la salud verifiquen su identificación en la manilla antes de realizar cualquier procedimiento.

ES IMPORTANTE que informe de inmediato si lo están confundiendo con otro paciente o el cree que le van a administrar un medicamento equivocado.

Consentimiento
Informado

El consentimiento informado es el documento que firma el paciente para aceptar o rechazar el tratamiento o procedimiento que se requiere realizar durante la atención. Luego en cuenta comprender los riesgos o beneficios que se pueden ocasionar y que han sido explicados por su medico antes de firmarlo.

En caso de no entender solicite a su medico que se explique

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	

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

FORMATO MATRIZ DE CUMPLIMIENTO DE LO LEGAL (HORMOGRAMA)

IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES Y/O NORMATIVOS IDENTIFICACION DEL REQUISITO

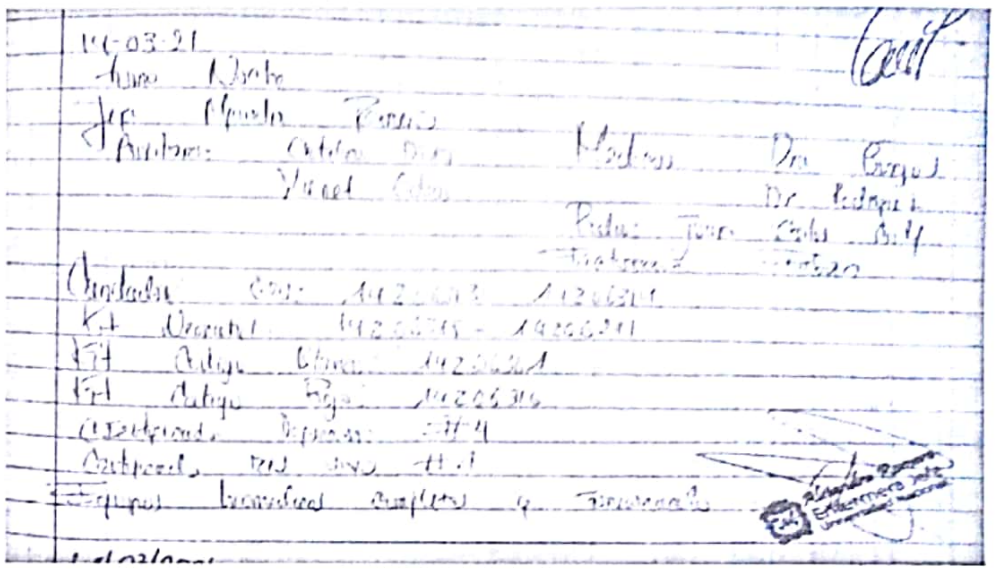
TEMATICA	CLASIFICACIÓN NORMATIVA	NUMERO DE LA NORMA	AÑO	EPIGRAFE	ARTICULO APLICABLE	REQUERIMIENTO ESPECIFICO	PROCESO
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	81	2017	Lineamientos para el manejo de la documentación subred	Todos	De aplicación a todos los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	Control de la producción 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 ppt	Todos	De aplicación a todos los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	Control de la producción 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 Comité Directivo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y se dictan otras disposiciones	Direccionamiento Estratég 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 Estratég 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 Guias de Practica Clinica en Subred Integrada de Servicios	Todos	Guias de Practica Clinica en Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Empresa social del Estado	Internación adultos, niños ginecoobstetricia

L22

Ubicación del Servicio:	AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS						Sede: CAPS TRINIDAD GALAN									
No. DE CONTRATO.	1423 - 2021	Periodo certificado desde el		Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año						
				1	3	2.021		31	3	2.021						
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ		C. C.	1.015.421.724	DE	BOGOTA										
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE 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	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														

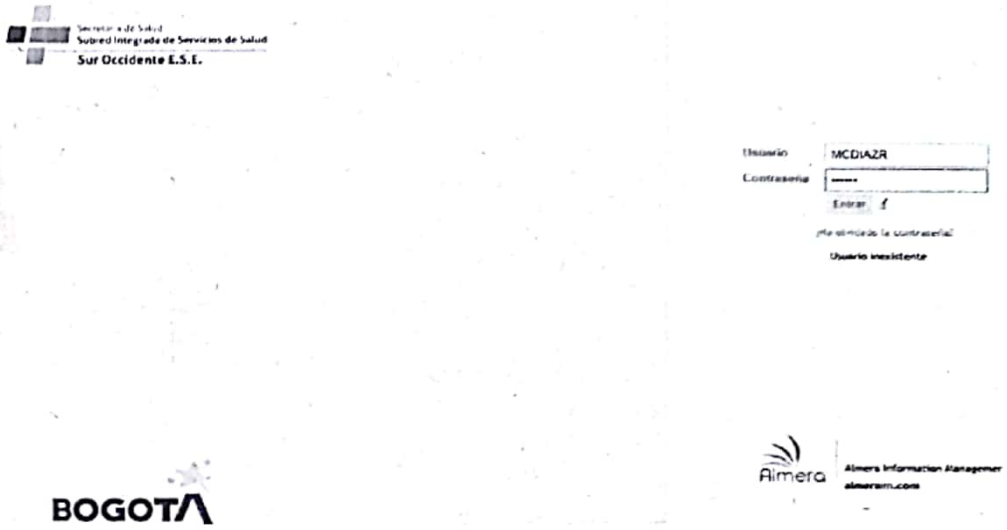
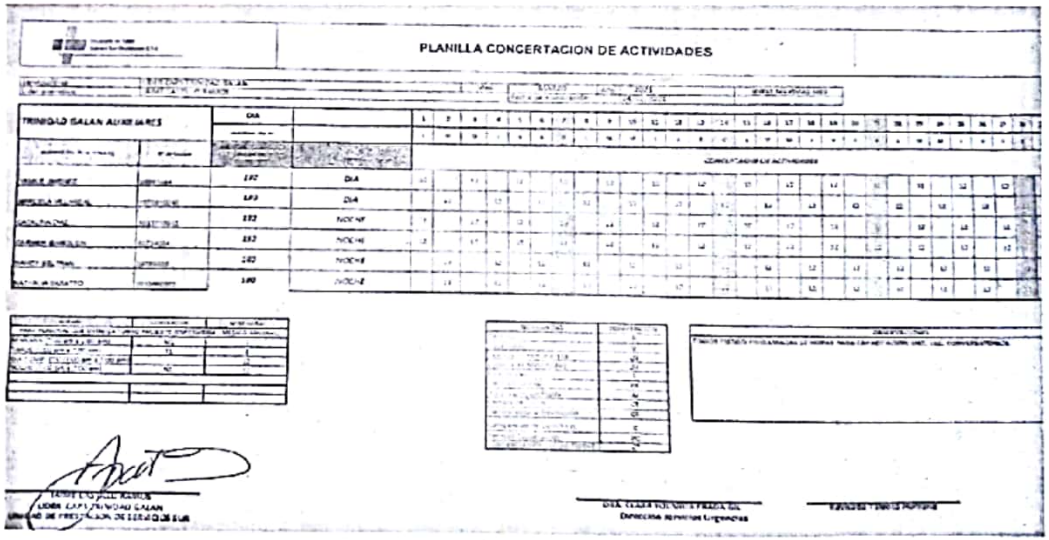
Hoja1 (2)

Escaneado con CamScanner

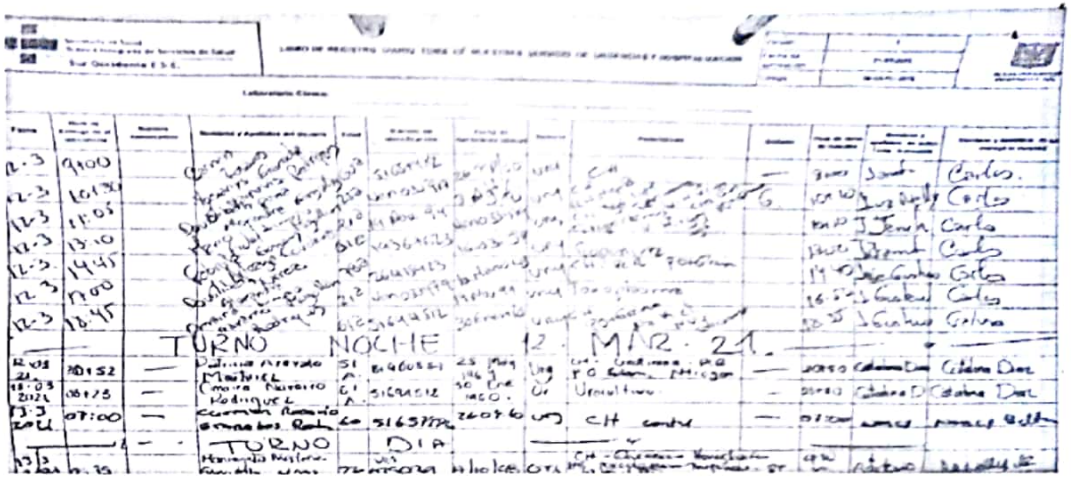
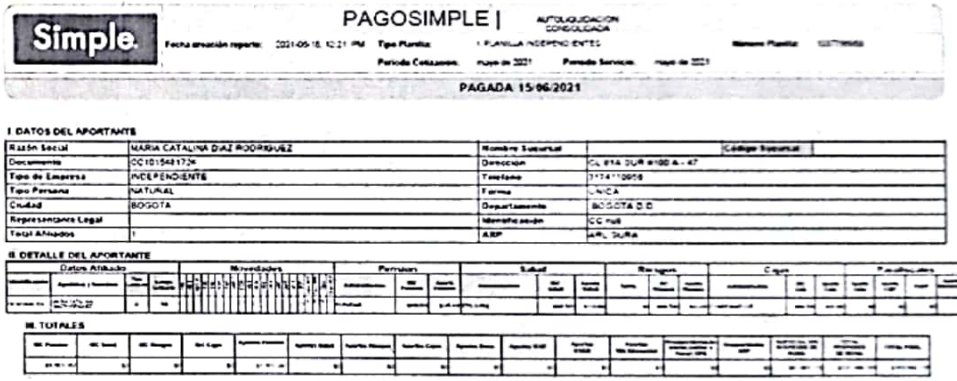
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato		**realizar el pago oportuno**	

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**	 CHARLA SHOCK ANAFILACTICO We have received your registration. Insert other information here. Save the link below, which can be used to edit your registration up until the registration closing date. Modificar tu respuesta **Subred Integrada de Servicios de Salud SurOccidente** PRETEST Y POST TEST CONVERSATORIO DE CALIDAD - ESTÁNDARES DE ACCESO PRIMERA PARTE - FEBRERO 2021 Se registró la información con éxito Aceptar Pregunta requerida NÚMERO DE IDENTIFICACION
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**	CENTRO DE SOPORTE TECNICO Subred Sur Occidente E.S.E Usuario invitado | Iniciar sesion Inicio Centro de Soporte · Abrir un nuevo Ticket · Ver Estado de un Ticket Iniciar sesión en Mesa de Ayuda Subred SurOccidente **Para brindar un mejor servicio, animamos a nuestros clientes a registrar una cuenta.** catalina 001@live.com ¿Aún no está registrado? Cree una cuenta **Soy un agente** — Acceda por aquí Iniciar sesión Copyright © 2020 Mesa de Ayuda Subred SurOccidente - All rights reserved osTicket

Escaneado con CamScanner

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	

Escaneado con CamScanner

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**	
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 (Número y letras): (1.703.946) Un millon setecientos tresmil novecionetos cuarenta y seis.

MARIA CATALINA DIAZ RODRIGUEZ 1,015,481,724

BOGOTÁ D.C 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.

Escaneado con CamScanner