Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-06-08, 01:20:23 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2022
Empresa	NATALIA BARATTO MORENO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1013660902
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1046104774
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1495864592
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 315.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 160.000	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 125.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 24.400	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 6.000	$ 0

SubTotales:	$ 315.400	$ 0
Total a Pagar:		$ 315.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - 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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-06-14, 09:53:39 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2022
Empresa	NATALIA BARATTO MORENO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1013660902
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1046791452
Tipo de Planilla	N
Número Transacción Bancaria/ CUS	1503978309
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 187.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 105.000	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 82.100	$ 0

SubTotales:	$ 187.100	$ 0
Total a Pagar:		$ 187.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - 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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NATALIA BARATTO MORENO								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1013660902			
CORREO ELECTRONICO:	arteaga5050@hotmail.com				CELULAR:	3003815896			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONSULTA URGENCIAS 17 TRINIDAD GALAN				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	SU41B01	50	SU41B02	50					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7500909689						PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	5632			VIGENCIA	2022		
NÚMERO DE CDP	1420	FECHA	2022-07-18 12:23:55.000	NÚMERO DE CRP	27376	FECHA	2022-07-21 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2022-05-01		2022-05-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,445,240						
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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$42,266,736
VALOR EJECUTADO	$2,445,240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,445,240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$39,821,496
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	6%

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 $2.194,507 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
1045418947	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

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

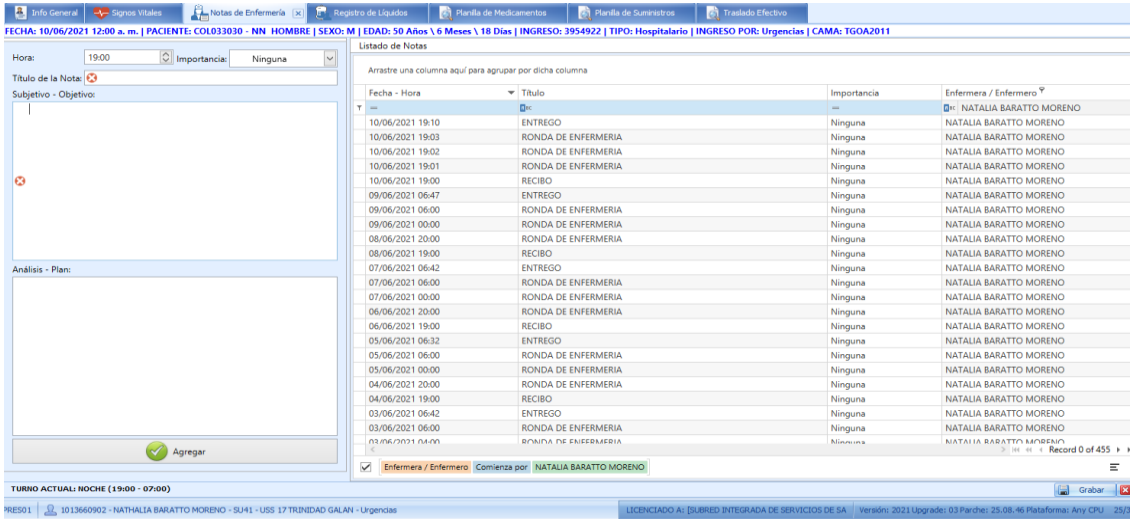
Copia certificada Subred Suroccidente

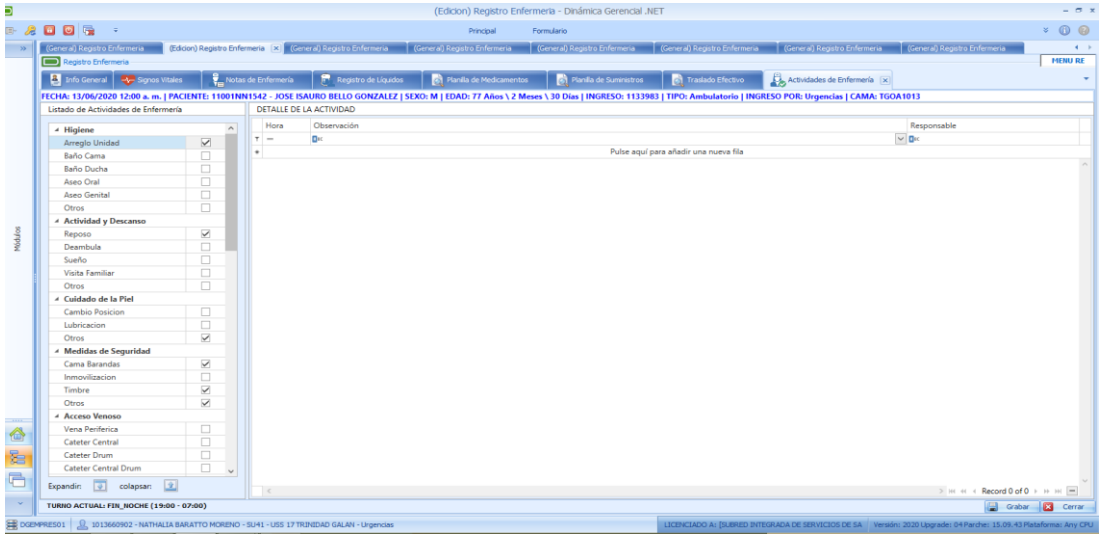
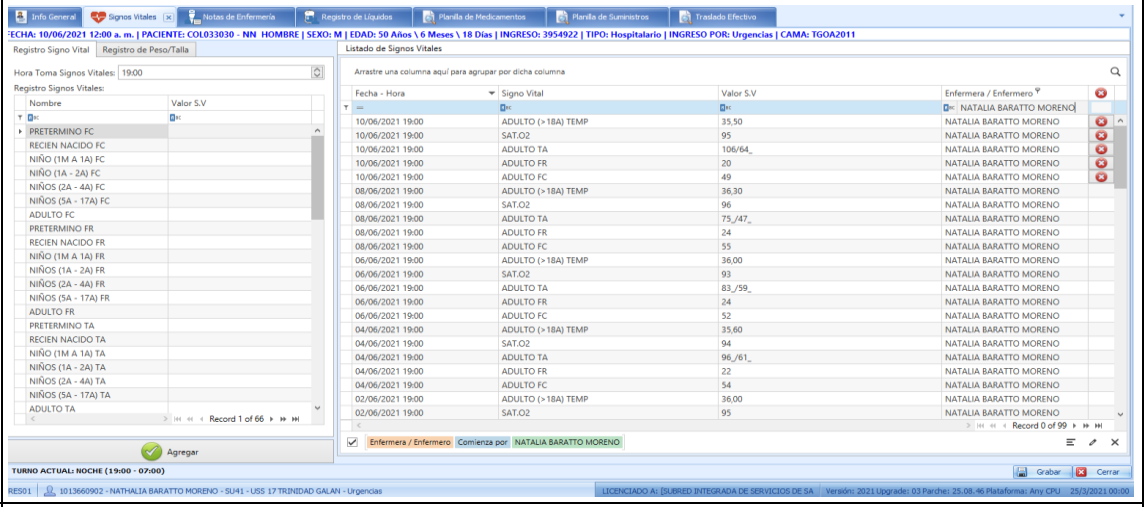
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

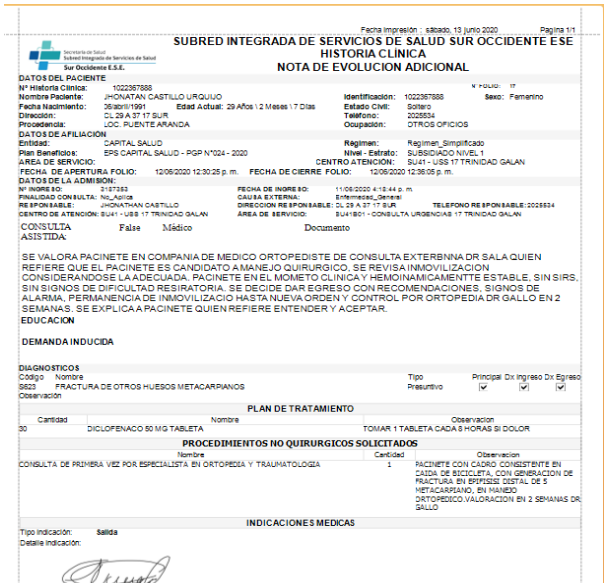
Ubicación del Servicio:	**URGENCIAS - CAPS TRINIDAD GALAN**		**Sede: SUR**						
No. DE CONTRATO:	**5632-2022**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	**5**	**22**		**31**	**5**	**22**
NOMBRE DEL CONTRATIST	**NATALIA BARATTO MORENO**		**C. C.**	**1,1013,660,902**			**DE**	**BOGOTA 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**	

Fecha Impresión : sábado, 13 junio 2020 Página 1/1

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
HISTORIA CLÍNICA
NOTA DE EVOLUCION ADICIONAL

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica:	1022367888		
Nombre Paciente:	JHONATAN CASTILLO URQUIJO	**Identificación:**	1022367888 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	26/abr/1991 **Edad Actual:** 29 Años \ 2 Meses \ 7 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	CL 29 A 37 17 SUR	**Teléfono:**	2025534
Procedencia:	LOC. PUENTE ARANDA	**Ocupación:**	OTROS OFICIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	CAPITAL SALUD	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	EPS CAPITAL SALUD - PGP N°024 - 2020	**Nivel - Estrato:**	SUBSIDIADO NIVEL 1
AREA DE SERVICIO:		**CENTRO ATENCIÓN:**	SU41 - USS 17 TRINIDAD GALAN

FECHA DE APERTURA FOLIO: 12/06/2020 12:30:25 p. m. **FECHA DE CIERRE FOLIO:** 12/06/2020 12:36:05 p. m.

DATOS DE LA ADMISION:

Nº INGRESO:	2187263	**FECHA DE INGRESO:**	11/06/2020 4:18:44 p. m.
FINALIDAD CONSULTA:	No_Aplica	**CAUSA EXTERNA:**	Enfermedad_General
RESPONSABLE:	JHONATHAN CASTILLO	**DIRECCION RESPONSABLE:**	CL 29 A 37 17 SUR **TELEFONO RESPONSABLE:** 2025534
CENTRO DE ATENCIÓN:	SU41 - USS 17 TRINIDAD GALAN	**AREA DE SERVICIO:**	SU41B01 - CONSULTA URGENCIAS 17 TRINIDAD GALAN

CONSULTA ASISTIDA: False Médico Documento

SE VALORA PACINETE EN COMPANIA DE MEDICO ORTOPEDISTE DE CONSULTA EXTERBNNA DR SALA QUIEN REFIERE QUE EL PACINETE ES CANDIDATO A MANEJO QUIRURGICO, SE REVISA INMOVILIZACION CONSIDERANDOSE LA ADECUADA. PACINETE EN EL MOMETO CLINICA Y HEMOINAMICAMENTTE ESTABLE, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESIRATORIA. SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, PERMANIENCIA DE INMOVILIZACIO HASTA NUEVA ORDEN Y CONTROL POR ORTOPEDIA DR GALLO EN 2 SEMANAS. SE EXPLICA A PACINETE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

EDUCACION

DEMANDA INDUCIDA

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal Dx ingreso	Dx Egreso
S623	FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS	Presuntivo	☑	☑ ☑

Observación

PLAN DE TRATAMIENTO

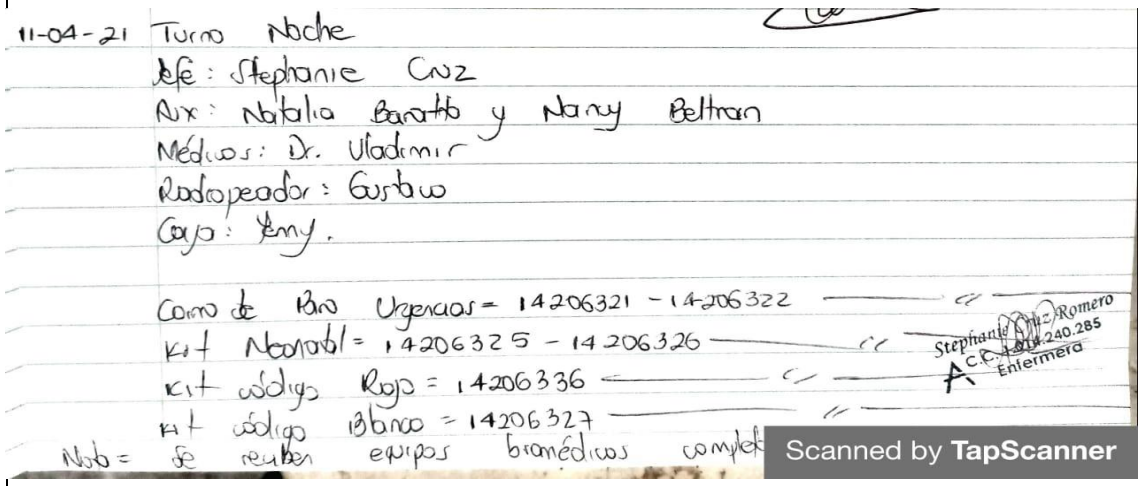
Cantidad	Nombre	Observacion
30	DICLOFENACO 50 MG TABLETA	TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS SI DOLOR

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	PACINETE CON CADRO CONSISTENTE EN CAIDA DE BICICLETA, CON GENERACION DE FRACTURA EN EPIFISIS DISTAL DE 5 METACARPIANO, EN MANEJO ORTOPEDICO.VALORACION EN 2 SEMANAS DR GALLO

INDICACIONES MEDICAS

Tipo indicación: **Salida**
Detalle indicación:

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**	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

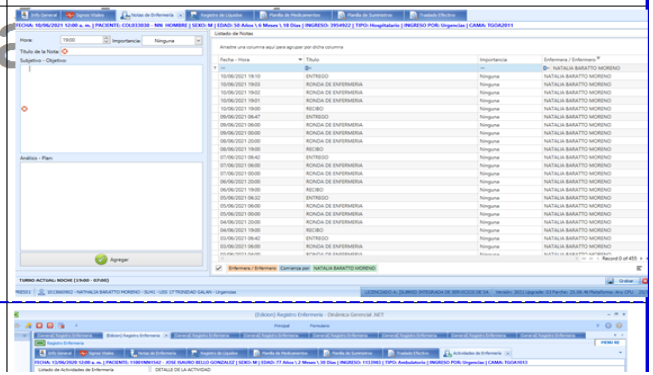
TEMATICA	CLASIFICACIÓN NORMATIVA	NUMERO DE LA NORMA	AÑO	EPIGRAFE	ARTICULO APLICABLE	REQUERIMIENTO ESPECIFICO	PROCESO
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	81	2017	Lineamentos para el manejo de la documentación subred	Todos	De aplicación a todo los procesos de la Subred Integrada 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 Comité Directivo 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	2018	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

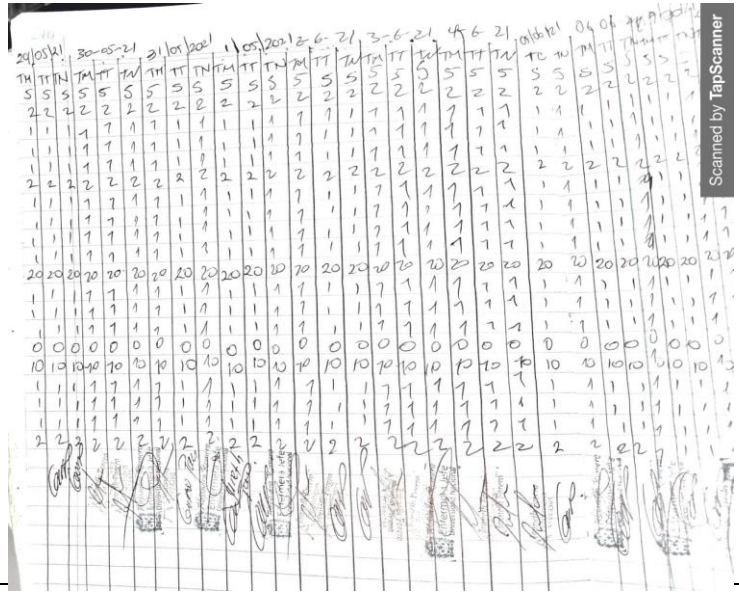
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento		**aplicar formatos establesidos por la red**	Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. — **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** — Versión 2 — Código: 04-02-PO-0003 — ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

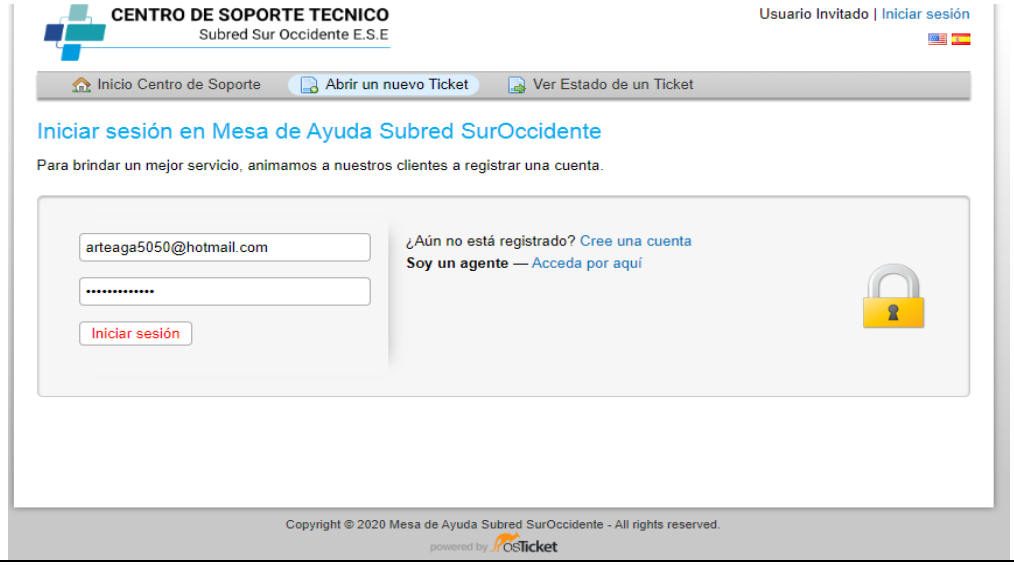
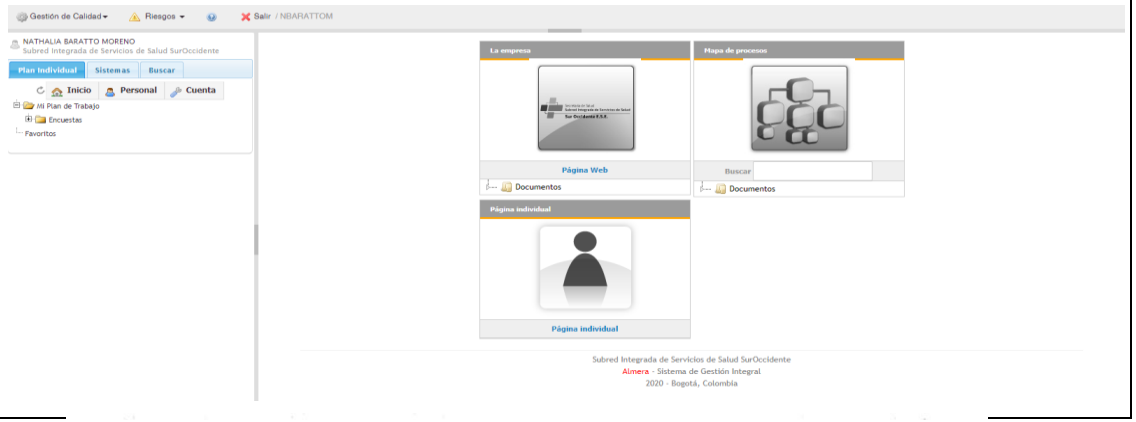
Ubicación del Servicio:	**URGENCIAS - CAPS TRINIDAD GALAN**		**Sede:**	**SUR**					
No. DE CONTRATO:	**1429-2021**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	21		30	6	21
NOMBRE DEL CONT	**NATALIA BARATTO MORENO**	**C. C.**	**1,1013,660,902**	**DE**	**BOGOTA D.C**				

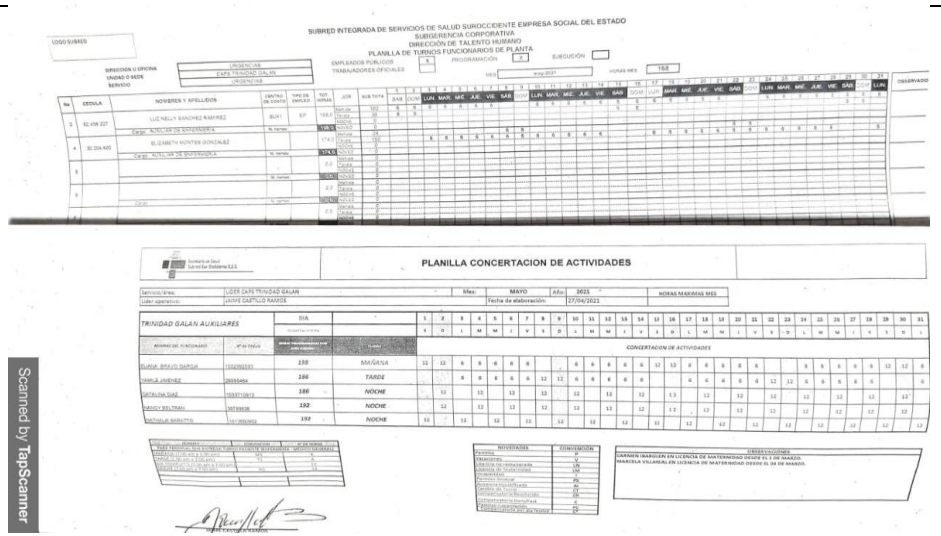
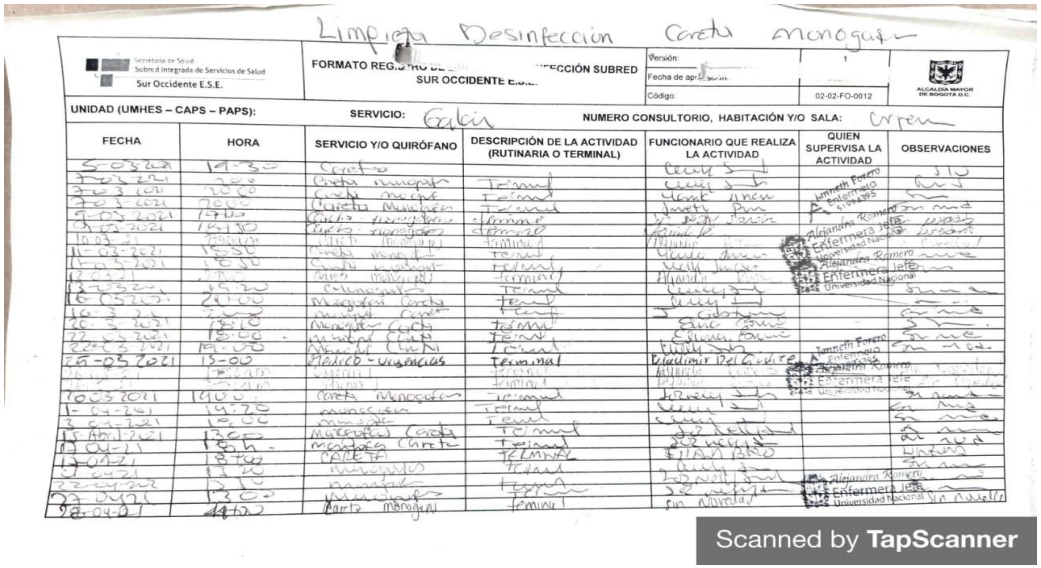
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como **AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	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**	

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 actividades basicas de enfermeria**	
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado		**+**	**Informe general - NATHALIA BARATTO MORENO** Informe general | Usuario **Nombre del curso** / **Calificación** / **Ranking** SEGURIDAD DEL PACIENTE V2 — 30.00 — 1/6020 RE INDUCCIÓN SUBRED 2021 — 100.00 — 1/6020 CURSO MANEJO DE PACIENTE CRÍTICO - NIVEL TÉCNICO — 50.00 — 1/6020 Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual — 38.56 — 273/6020 Herramientas de Salud Mental en Etapa de Aislamiento — 50.00 — 1/6020 RE INDUCCIÓN GENERAL 2019 — 100.00 — 1/6020 Seguridad al paciente — 40.00 — 1/6020

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**	

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**	Simple **Información de la Planilla Pagada** **Nit de comercio Operador de Información** 900097333-9 **Razón Social del Operador de Información** SIMPLE S.A. **Descripción** Pago de SuAporte **Fecha** 2021-06-08, 04:01:19 AM **Periodo de Cotización Otros Riesgos** mayo de 2021 **Periodo de Cotización Para Salud** mayo de 2021 **Empresa** NATALIA BARATTO MORENO **CEDULA CIUDADANIA** CC 1013660902 **Código Sucursal (Nombre)** ( ) **Referencia de Pago/ Número Planilla** 1037761003 **Tipo de Planilla** I **Número Transacción Bancaria/ CUS** 1015844316 **Banco** (1051) - BANCO DAVIVIENDA **Valor** $ 286.700 **Estado de la Transacción** Aprobada **Dirección IP de Origen** 10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Número REG02	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	1	$ 145.400	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	1	$ 113.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	1	$ 22.200	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	1	$ 5.500	$ 0
				SubTotales:	$ 286.700	$ 0
				Total a Pagar:		$ 286.700

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2,445,240 DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO DOCIENTOS CUARENTA PESOS COLOMBIANOS

Natalia Baratto Moreno

NATALIA BARATTO MORENO 1.013.660.902 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.