ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO

NIT: 899.999.164-9
Calle 3 Nº 3-87/95 Tabio- Cundinamarca
Tel: 8647222

COMPROBANTE DE EGRESO
12949

FECHA : 06/12/2023
PAGADO A : WILCHES CASTILLO KATHERINE
C.C/NIT : 1014237211
LA SUMA DE : DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE : PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE LA ESE, SEGÚN CONTRATO Nº 181, DURANTE EL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2023. (CONVENIO 578 SGP).

DETALLE DEL EGRESO:

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
1274	1548	586	608	2.4.5.02.09.03	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES. CONV.578. SGP	2,900,000.00
					TOTAL	**2,900,000.00**

DETALLE ORDENES DE PAGO

No. Orden Pago	Detalle	Valor Orden	Saldo
16070	PRESTACION SERVICIOS APOYO A LA GESTION EN PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS AREA ASISTENCIAL COMO ENFERMERA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA ESE, DEL 1 AL 30, NOVIEMBRE 2023. FRA.11, SEGÚN CTO. 181.		2,900,000.00
		TOTAL	**2,900,000**

DETALLE DE PAGO

Cuenta	Descripción	Debito	Credito
11100655	CTA 343000007-89 SGP SUBSIDIO OFERTA SERV SALUD	0.00	2,900,000.00
24255301	SERVICIOS	2,900,000.00	0.00

Transferencia Desde BANCOLOMBIA Cuenta No. : 34300000789 Hacia: OTROS BANCOS Cuenta No. 4452020162

Recibi:

ISABEL ROCIO GARZÓN FORERO
GERENTE

JUAN ANTONIO FORERO RODRIGUEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

C.C / NIT

Elaboro	Subgerencia Administrativa
Nubia Liliana Peñuela	Juan Antonio Forero Rodriguez

Usuario que Digita: lag

Empresa: HOSPITAL NUESTRA SENO **Nit:** 899999164
Usuario: ISABEL ROCIO GARZON FORERO

6 de Diciembre de 2023 5:34:29 PM
Dirección IP: 186.170.27.98

Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el: miércoles, 06 de diciembre de 2023 - 3:18 PM

Consulta del Detalle de la Transacción

Encabezado **Detalle** Verificación Confirmación

Bancolombia NIT 890903938-8
HOSPITAL NUESTRA SENO
NIT: 899999164
FECHA: 06/12/2023

Entidad	SCOTIABANK COLPATRIA S.A
Producto Beneficiario	4452020162
Identificación Beneficiario	1014237211
Nombre del Beneficiario	KATHERINE WILCHES
Tipo de Producto	
Tipo de Transacción	37
Valor	2,900,000.00
Concepto de la Transacción	Conv 578
Referencia	Conv 578 Nov 01 a 30
Lugar de Pago	S
Estado del Pago:	POR APLICAR EN ENTIDAD DE ACH

Regresar

12949.

14

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA Para Personas Naturales No Comerciantes o Regimen Simplificado Decreto 522 de 2003, Articulo 3º	NUMERO	FECHA		
		A	M	D
	11	2023-11-30		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA NATURAL (Vendedor)

Nombre	CC	NIT	No. DE IDENTIFICACION	DV
KATHERINE WILCHES CASTILLO	X	-	1.014.237.211	

Dirección	Teléfono	Ciudad
CARRERA 113 Nº 83 A -42	3164195997	BOGOTA

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre	C.C.	NIT	No. DE IDENTIFICACION	DV
E.S.E NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO		X	899.999.164	9

Dirección	Teléfono	Ciudad
CALLE 3 N 3-87	8647222	TABIO

CONCEPTO	VALOR
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO CUNDINAMARCA	$ 2.900.000
DURANTE EL PERIODO DEL: 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2023	
CONTRATO: 181 CDP: 336 - 608	
TOTAL	$ 2.900.000
NETO A PAGAR	$ 2.900.000

FIRMA VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIO

KATHERINE WILCHES C.
KATHERINE WILCHES CASTILLO
CEDULA: 1.014.237.211
De: BOGOTA

VB PPTO
eto # 181
CDP # 608
RP # 586
24502090 - Rec. Corr # 578 - $2'900.000

VB PPTO
neto: 2.900.000
Dto: 16090
VBTO: Smf

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO	GF- Gestión Financiera * C-Contabilidad	CÓDIGO	GF.C-F-001
	INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES	VERSIÓN	01
		CREACIÓN	2020-02-20
		REVISIÓN	2020-02-20

DATOS DEL INFORME					
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES				**Numero:** 6	
2.Fecha de Presentación	30/11/2023	**3. Período del informe:**	DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE 2023.		
4. Nombre del Contratista:	KATHERINE WILCHES CASTILLO	**5. Nombre Interventor o Supervisor:**	SUBGERENTE CIENTIFICA		
6.Valor del Contrato:	14.500.000	**7.Valor de Adición:**	5.800.000		
8.DATOSDELCONTRATO					
8.Contrato No.	181	**9.CDP**	336-608	**10.PLAZO**	5 MESES
11.PRORROGA	2 MESES				
12.OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO CUNDINAMARCA.				

C.EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

13.Obligaciones Contractuales	14. Actividades realizadas y/o productos entregados	15. Soportes
1. Planear, coordinar y ejecutar conjuntamente con el equipo de auxiliares de enfermería las actividades asistenciales y administrativas del área de urgencias y hospitalización, controlando el uso de los suministros como son materiales medico quirúrgicos y medicamentos.	Planee, coordine y ejecute conjuntamente con el equipo de auxiliares de enfermería las actividades asistenciales y administrativas del área de urgencias y hospitalización, controlando el uso de los suministros como son materiales medico quirúrgicos y medicamentos.	Pedidos de almacén y farmacia
2. Desarrollar las actividades propias de enfermería, revisando y evaluando diariamente las historias clínicas de los pacientes hospitalizados con el fin de verificar la evolución la práctica oportuna de exámenes inspección de registros controles y tratamientos ordenados, igualmente realizar los procedimientos pertinentes en el servicio de urgencias.	Desarrolle las actividades propias de enfermería, revisando y evaluando diariamente las historias clínicas de los pacientes hospitalizados con el fin de verificar la evolución la práctica oportuna de exámenes inspección de registros controles y tratamientos ordenados, igualmente realizar los procedimientos pertinentes en el servicio de urgencias.	Soportes de entrega de turno
3. Estar presente en la entrega de turno de los médicos y Auxiliares de enfermería en horas de la mañana registrando en el libro de seguimiento diario e informar al supervisor cada día.	Estuve presente en la entrega de turno de los médicos y Auxiliares de enfermería en horas de la mañana registrando en el libro de seguimiento diario e informar al supervisor cada día	Libro de entrega de turno por piso.

4. Supervisar y distribuir las actividades del personal a su cargo/ realizar cuadro mensual de turnos de auxiliares de enfermería y tripulantes. (de acuerdo a la programación de la supervisora)	Supervise y distribuí las actividades del personal a su cargo/ realizar cuadro mensual de turnos de auxiliares de enfermería y tripulantes. (de acuerdo a la programación de la supervisora)	Cuadro de turnos
5. Realizar informes que se genera desde el servicio a su cargo (urgencias/hospitalización) para evaluar la productividad y realizar planes de mejora de requerirse, además revisar historias clínicas que son devueltas por facturación con el fin de disminuir las glosas (Tiempo administrativo).	Realice informes que se genera desde el servicio a su cargo (urgencias/hospitalización) para evaluar la productividad y realizar planes de mejora de requerirse, además revisar historias clínicas que son devueltas por facturación con el fin de disminuir las glosas (Tiempo administrativo).	Estadística e informe de productividad
6. Entregar oportunamente los informes que se generen de su dependencia (planes de mejora, auditorias, informes y demás).	Entregue oportunamente los informes que se generen de su dependencia (planes de mejora, auditorias, informes y demás).	Informes, documentación y evidencia de cumplimiento.
7. Realizar seguimiento y verificación a normas, procesos y procedimientos de higiene, seguridad integral, seguridad del paciente, de acuerdo a las normas del sistema obligatorio de garantía y calidad.	Realice seguimiento y verificación a normas, procesos y procedimientos de higiene, seguridad integral, seguridad del paciente, de acuerdo a las normas del sistema obligatorio de garantía y calidad.	Identificación del paciente. Seguridad del paciente. Diligenciamiento formato de desinfección rutinaria y terminal. Realización de la desinfección. Verificación de educación al paciente
8. Creación, revisión y actualización de soporte documental del servicio según la Resolución 3100 del 2019 y Seguridad del Paciente, de su área a cargo.	No se presentó durante el periodo.	N/A
9. Asistir a reuniones de tipo administrativo y /o educativas programados por las subgerencias administrativa y/o científica de carácter obligatorio según corresponda, garantizando la adherencia a los diferentes procesos y procedimientos inherentes al sistema Integral de Gestión (SIG) del hospital.	Asistí a reuniones de tipo administrativo y /o educativas programados por las subgerencias administrativa y/o científica de carácter obligatorio según corresponda, garantizando la adherencia a los diferentes procesos y procedimientos inherentes al sistema Integral de Gestión (SIG) del hospital.	Acta de reunión
10. Practicar y fomentar la atención humanizada como pilar de la institución, en el marco de los planes y programas implementados en la ESE Nuestra señora del Carmen aportando a un servicio de alta calidad.	Practique y fomente la atención humanizada como pilar de la institución, en el marco de los planes y programas implementados en la ESE Nuestra señora del Carmen aportando a un servicio de alta calidad.	Desarrollo Continuo

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO	GF- Gestión Financiera * C-Contabilidad	CÓDIGO	GF.C-F-001
	INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES	VERSIÓN	01
		CREACIÓN	2020-02-20
		REVISIÓN	2020-02-20

11. Apoyar la implementación de los procesos de MIPG, acreditación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, seguridad del paciente, y demás políticas y programas que desarrolle la institución.	No se presentó durante el periodo.	N/A
12. Realizar inventario de insumos y equipos de acuerdo al cronograma establecido por el supervisor de contrato	Realice inventario de insumos y equipos de acuerdo al cronograma establecido por el supervisor de contrato	Formato de verificación
13. Verificar la desinfección a todas las áreas tanto limpias como contaminadas de acuerdo al cronograma establecido por el supervisor de contrato y el servicio asignado.	Verifique la desinfección a todas las áreas tanto limpias como contaminadas de acuerdo al cronograma establecido por el supervisor de contrato y el servicio asignad.	.Formato de desinfección
14. Dar buen uso y mantenimiento a los equipos a su cargo y responder por los mismos realizando un inventario inicial con marcas, referencias y características técnicas.	Daré buen uso y mantenimiento a los equipos a su cargo y responder por los mismos realizando un inventario inicial con marcas, referencias y características técnicas.	Inventario
15. Conocer y practicar los lineamientos, guías, protocolos y demás políticas establecidas por la institución.	Conocí y practique los lineamientos, guías, protocolos y demás políticas establecidas por la institución.	Desarrollo continuo
16. Acatar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo al objeto del contrato.	Acate las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo al objeto del contrato.	Desarrollo continuo

ELCONTRATISTA:

Nombre: Katherine Wilches Castillo

Firma: KATHERINE WILCHES C.

Original: Expediente del Contrato

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-27, 12:36: PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1058422584

Periodo Cotización: noviembre de 2023 **Periodo Servicio:** noviembre de 2023

PAGADA 27/11/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KATHERINE WILCHES CASTILLO	**Nombre Sucursal**		**Código Sucursal**	
Documento	CC1014237211	**Dirección**	CRA 113 # 83 A 42		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3164195196		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma**	UNICA		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**	CC null		
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensión			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	INC	RET	RET TP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	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
CC 1014237211	KATHERINE WILCHES CASTILLO	0	59																	0	30	30	0	PROTECCION	$1.160.000	$185.600	FAMISANAR EPS	$1.160.000	$115.000	$0	$1.160.000	$28.300	SEGURIDAD CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$358.900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAB	Aportes Min Educación	(Incapacidades,Licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL

Lineas 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!





E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO GC* Gestión Contractual **INFORME ACTA DE CORTE Y SUPERVISIÓN**	CÓDIGO	GC.F-018
	VERSIÓN	01
	CREACIÓN	2023-04-24
	REVISIÓN	2023-04-24

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

Fecha:	4/12/2023	Acta de Corte N°	6	Periodo Ejecución:		1/11/2023 al	30/11/2023
Persona natural:	X	Persona jurídica:		Modalidad contratación:		CONTRATACIÓN DIRECTA	
Numero cedula:	1.014.237.211	NIT:		N° contrato:		181-2023	
Nombre contratista:	KATHERINE WILCHES CASTILLO						
Correo electronico:	kata202013@gmail.com			Numero de contacto:		3164195997	
Nombre y cargo del supervisor:	SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO SUBGERENTE CIENTIFICA						

OBJETO DE CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO CUNDINAMARCA

2. BALANCE FINANCIERO

Valor inicial del contrato:	$	14.500.000,00
Adicional N°1 (SI APLICA):	$	5.800.000,00
Adicional N°2 (SI APLICA):	$	-
Adicional N°3 (SI APLICA):	$	-
Adicional N°4 (SI APLICA):	$	-
Adicional N°5 (SI APLICA):	$	-
Adicional N°6 (SI APLICA):	$	-
Adicional N°7 (SI APLICA):	$	-
Valor total del contrato:	$	20.300.000,00
Acta de corte (1):	$	2.900.000,00
Acta de corte (2):	$	2.900.000,00
Acta de corte (3):	$	2.900.000,00
Acta de corte (4):	$	2.900.000,00
Acta de corte (5):	$	2.900.000,00
Acta de corte (6):	$	2.900.000,00
Acta de corte (7):		
Acta de corte (8):	$	-
Acta de corte (9):	$	-
Acta de corte (10):	$	-
Acta de corte (11):	$	-
Acta de corte (12):	$	-
Valor ejecutado:	$	17.400.000,00
Saldo por ejecutar:	$	2.900.000,00

3. GENERALIDAD DE CONTRATISTA

Plazo inicial del contrato:	5 MESES
Prorroga N° 1 (SI APLICA):	2 MESES
Prorroga N° 2 (SI APLICA):	
Prorroga N° 3 (SI APLICA):	
Fecha de acta de inicio:	1/06/2023
Suspensión N° 1 (SI APLICA):	
Reinicio N° 1 (SI APLICA):	
Suspensión N° 2 (SI APLICA):	
Reinicio N° 2 (SI APLICA):	
Tiempo de cesión (SI APLICA):	
Plazo total del contrato:	7 MESES
Fecha de terminación del contrato:	31/12/2023
Nombre cedente (SI APLICA):	
Identificación del cedente (SI APLICA):	
Numero del contrato objeto de la cesión (SI APLICA):	
Fecha de cesión de contrato (SI APLICA):	

4. RELACIÓN DE ANEXOS ENTREGADOS

	PAGINAS	SI	NO
Informe de actividades:	3	X	
Cuenta de cobro y/o factura:	1	X	
Certificado de aportes suscritas por el revisor fiscal:			X
Copia tarjeta profesional del contador o revisor fiscal:			X
Certificado de la junta de contadores persona jurídica:			X
Otros (especificar): Certificado bancario, Acta de inicio			X
Planilla de seguridad social	1	X	
Anexo, Medio magnético CD		X	

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR

El suscrito supervisor, certifica que previa revisión del acta de corte, y los anexos relacionados con el informe de actividades CUMPLE con los requisitos legales necesarios para autorizar el pago.

N.1058422584 NOVIEMBRE

5. OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

Toda la información registrada y cargada en el aplicativo SECOP II, por el contratista se presenta de manera digital, dejando constancia del aval por el supervisor en el mismo aplicativo SECOP II. Los productos y soportes entregados reposarán en la plataforma de almacenamiento de la Entidad.

SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO
SUBGERENTE CIENTIFICA

	ELABORO	REVISO		APROBÓ
NOMBRE	LYNA LAVERDE	ANA DUARTE	SONIA MARQUEZ	SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO
CARGO	Secretaria Ejecutiva	Tecnico Presupuesto	Apoyo Contabilidad	SUBGERENTE CIENTIFICA
FIRMA				
FECHA:	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023	4/12/2023

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el acta de corte y supervision, el informe de actividades y sus anexos encontrandolos ajustados a las normas y disposiciones legales vigentes