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
13421

FECHA : 13/03/2024
PAGADO A : WILCHES CASTILLO KATHERINE
C.C/NIT : 1014237211
LA SUMA DE : TRES MILLONES 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 22, DURANTE EL 1 AL 29 DE FEBRERO DE 2024.

DETALLE DEL EGRESO:

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
154	211	15	27	2.4.5.02.09.01	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	3,000,000.00
					TOTAL	**3,000,000.00**

DETALLE ORDENES DE PAGO

No. Orden Pago	Detalle	Valor Orden	Saldo
16573	PRESTACION SERVICIOS APOYO A LA GESTION EN PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS AREA ASISTENCIAL COMO ENFERMERA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE LA ESE, DEL 1 AL 29, FEBRERO 2024. FRA.2, SEGÚN CTO. 22		3,000,000.00
		TOTAL	**3,000,000**

DETALLE DE PAGO

Cuenta	Descripción	Debito	Credito
11100506	BANCOLOMBIA C. 343104923-93	0.00	3,000,000.00
24255301	SERVICIOS	3,000,000.00	0.00

Transferencia Desde BANCOLOMBIA Cuenta No. : 34310492393 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

13 de Marzo de 2024 11:52:41 AM
Dirección IP: 186.170.27.98

Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el: miércoles, 13 de marzo de 2024 - 10:23 AM

Consulta del Detalle de la Transacción

Encabezado | **Detalle** | Verificación | Confirmación

Bancolombia NIT 890903938-8
HOSPITAL NUESTRA SENO
NIT: 899999164
FECHA: 13/03/2024

Entidad	SCOTIABANK COLPATRIA S.A
Producto Beneficiario	4452020162
Identificación Beneficiario	1014237211
Nombre del Beneficiario	KATHERINE WILCHES
Tipo de Producto	
Tipo de Transacción	37
Valor	3,000,000.00
Concepto de la Transacción	Cont
Referencia	Cont Feb 01 a 29
Lugar de Pago	S
Estado del Pago:	POR APLICAR EN ENTIDAD DE ACH

Regresar

13421

18

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA Para Personas Naturales No Comerciantes o Regimen Simplificado Decreto 522 de 2003, Articulo 3º	NUMERO	FECHA DE PRESENTACION		
		A	M	D
	2	2024-02-29		

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***
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	$ 3.000.000

PERIODO A COBRAR:	1 AL 29 DE FEBRERO DE 2024		
CONTRATO:	22	CDP:	27-122

FIRMA VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIO

KATHERINE WILCHES C

KATHERINE WILCHES CASTILLO
CEDULA: 1.014.237.211
De:BOGOTA

TOTAL	$ 3.000.000
NETO A PAGAR	$ 3.000.000

Neto: 3.000.000
Dto: 16573
Vbno: Smf

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO.	E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Tabio	CÓDIGO	GF.C-F-001
	GF- Gestión Financiera * C-Contabilidad	VERSIÓN	02
	INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES	CREACIÓN	2020-02-20
		REVISIÓN	2024-01-19

DATOS DEL INFORME							
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES						**1.Numero:**	2
2.Fecha de Presentación	29/02/2024		**3. PERIODO A COBRAR**	DEL 1 AL 29 DE FEBRERO 2024.			
4. Nombre del Contratista:	KATHERINE WILCHES CASTILLO		**5. Nombre Interventor o Supervisor:**	SUBGERENTE CIENTIFICA			
6.Valor del Contrato:	11.840.000		**7.Valor de Adición:**	160.000			
DATOSDELCONTRATO							
8.CONTRATO No.	022	**9.CDP**	27-122	**10.PLAZO**	4 MESES	**11.PRORROGA**	
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						

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.	Formato de seguimiento del periodo
3. Realizar entrega de área de enfermería, referencia y área médica registrando en el libro de seguimiento diario en el formato establecido e informar al supervisor cada día.	Realice entrega de área de enfermería, referencia y área médica registrando en el libro de seguimiento diario en el formato establecido e informar al supervisor cada día.	Entrega y recibo de turno firmado del periodo
4. Supervisar y distribuir las actividades del personal a su cargo/ realizar concertación de cuadro mensual de actividades de auxiliares de enfermería. (de acuerdo a la programación de la supervisora)	Supervise y distribuí las actividades del personal a su cargo/ realizar concertación de cuadro mensual de actividades de auxiliares de enfermería. (de acuerdo a la programación de la supervisora)	Formato de seguimiento del periodo Cuadro de rotación de actividades del periodo firmado.
5. Realizar informes que se genera desde el servicio a su cargo (urgencias/hospitalización) para evaluar la productividad y realizar planes de mejora de	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	Informe de productividad al día.

requerirse, además revisar historias clínicas que son devueltas por facturación con el fin de disminuir las glosas.(Tiempo administrativo)	de disminuir las glosas.(Tiempo administrativo)	
6. Realizar revisión mensual de carros de paro, kits y áreas asignadas de acuerdo al cronograma establecido.	Realice revisión mensual de carros de paro, kits y áreas asignadas de acuerdo al cronograma establecido.	Formato de seguimiento firmado. Actas de apertura
7. Entregar oportunamente los informes que se generen de su dependencia (planes de mejora, auditorias, informes y demás programas de la institución).	Entregue oportunamente los informes que se generen de su dependencia (planes de mejora, auditorias, informes y demás programas de la institución).	Informe de producción. Planes de mejora si hay lugar.
8. 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.	Formato de seguimiento del periodo
9. 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
10. 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.	Actas y listado de asistencia de comités, capacitaciones virtuales
11. 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 Formato de encuestas
12. 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
13. Realizar inventario de insumos y equipos de acuerdo al cronograma establecido por el supervisor de contrato	Realizar inventario de insumos y equipos de acuerdo al cronograma establecido por el supervisor de contrato	Inventarios urgencias, hospitalización, partos

14. 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 asignado	Formatos de desinfección toma de temperaturas
15. 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.	Inventarios de equipos
16. 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
17. 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: 2024-02-14, 04:30:49 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1060379578

Periodo Cotización: febrero de 2024 **Periodo Servicio:** febrero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8840978030

PAGADO 14/02/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. 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 Ministerio	Total
CC1014237211	KATHERINE WILCHES CASTILLO	59	00																	0	30	30	30	0	(23020) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,439	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

El Poder de lo SIMPLE

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

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

1. INFORMACION CONTRATISTA

Fecha:	07/03/2024	Acta de Corte N°	2	Periodo Ejecución:		01/02/2024	al	29/02/2024
Persona natural:	X	Persona jurídica:		Modalidad contratación:	CONTRATACIÓN DIRECTA			
Numero cedula:	1,014,237,211	NIT:		N° contrato:	022-2024			
Nombre contratista:	KATHERINE WILCHES CASTILLO							
Correo electrónico:	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:	$	11,840,000.00
Adicional N°1 (SI APLICA):		
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:	$	11,840,000.00
Acta de corte (1):	$	3,000,000.00
Acta de corte (2):	$	**3,000,000.00**
Acta de corte (3):		
Acta de corte (4):		
Acta de corte (5):		
Acta de corte (6):		
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:	$	6,000,000.00
Saldo por ejecutar:	$	5,840,000.00

3. GENERALIDAD DE CONTRATISTA

Plazo inicial del contrato:	CUATRO (04) MESES
Prorroga N° 1 (SI APLICA):	
Prorroga N° 2 (SI APLICA):	
Prorroga N° 3 (SI APLICA):	
Fecha de acta de inicio:	02/01/2024
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:	CUATRO (04) MESES
Fecha de terminación del contrato:	30/04/2024
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	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
Informe de actividades:	3	X		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.
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		N.1060379578 FEBRERO
Anexo, Medio magnético CD		X		

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		APROBO
NOMBRE	LYNA LAVERDE	ANA DUARTE	SONIA MARQUEZ	SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO
CARGO	Secretaria Ejecutiva	Tecnico Presupuesto	Apoyo Contabilidad	SUBGERENTE CIENTIFICA
FIRMA	Lyna L.			
FECHA:	07/03/2024	07/03/2024	07/03/2024	07/03/2024

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