compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024512999	YURANY VALENCIA CASTAÑO	calle 10b # 88a-27	7224293	yuravalencia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	05/02/2025	83951884	$469.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024512999	YURANY VALENCIA CASTAÑO		calle 10b # 88a-27	7224293	yuravalencia@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	05/02/2025	83951884	$469.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024512999	VALENCIA CASTAÑO YURANY	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Yurany Valencia Castaño, identificado(a) con CC número 1024512999, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1024512999
NOMBRES Y APELLIDOS	Yurany Valencia Castaño
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	11/01/1991
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2010
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	493 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	48 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/06/2010
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1024512999 YURANY VALENCIA CASTAÑO Desde 05/06/2021 - Vigente

Generado por interfaces 18/03/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

ARL

Medellin, 28 de marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **YURANY VALENCIA CASTAÑO** con documento de identidad **C1024512999**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-03-22	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

YURANY VALENCIA CASTAÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.512.999**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 19 de enero de 2010.

La presente certificación se expide el 27 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.

App Porvenir | www.porvenir.com.co

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E.	ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	Versión:	6
		Fecha de aprobación:	18/03/2025
		Código:	04-00-FO-0001

1. Colaborador	Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta		
2. Nombres y apellidos del colaborador	Yurany Valencia Castaño								
3. Documento	Tipo de Documento: C.C X C.E ___ Pasaporte ___ Visa ___ Número: 1024512999								
4. Perfil o cargo	Profesional en Enfermeria								
5. Dependencia- Proceso - Área	Direccion Gestion del Riesgo en Salud								
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS 1 PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: ___								
7. Fecha de ingreso/ reubicación a la Subred	DIA 11 MES 03 AÑO 2025								

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	REALIZACION ACTIVIDAD SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
21-03-2025	Ayonna Becerra	Entrega de Clave Aula Virtual	Y			
		Se realizó Afiliación a la ARL	Y			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	X			
		Entrega de Carnet Institucional	X			
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)			X	
FECHA	**RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)**	**9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
		Entrega de usuario y contraseña			Y	
		Sensibilización formatos de historia clinica correspondientes			X	
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad			X	
		Firma digital			X	
FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)	**RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que envia invitación para el encuentro virtual)**	**10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO) (Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Especificas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm)**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
21-03-25	Monica Camilo Martinez	**Fecha Entrenamiento Procesos Transversales Virtual:**				
		Humanización	Y			
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo	X			
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres	X			
		Participación y Atención al Usuario	X			
		Gestión de la Tecnología	X			
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS	X			
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública	X			
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia	X			
		Gestión Documental	X			
		Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI	X			

11. DIRECCIONES / OFICINAS

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)

Lugar de Ubicación Colaborador	USS Asunción Bochica
Servicio donde va a desarrollar actividades	USS Asunción Bochica
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	25-03-25
Fecha de Finalización (D/M/A)	25-03-25

12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO

JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	Yenny Carolina Espinosa
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	Coordinadora E.B.E.H.

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
21-03-25	Yenny Carolina Espinosa	Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano	Y			
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal	Y			
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.	Y			
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades	Y			
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y /o funciones y asuntos personales.	Y			
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece	Y			
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)	Y			
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)	Y			
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/)	Y			
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y politica de humanización (01-01-OD-0008)	Y			
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)	Y			
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clinica (14-06-MA-0001)	Y			
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clinica	Y			
		Ruta de acceso a la intranet/Almera para verificación de documentos guias Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio	Y			

Powered by CamScanner

Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)	X		
Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales)	X		
Procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso.	X		
Información sobre programas de PyD	X		
Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)	X		
Eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	X		
Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003	X		
RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022	X		

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO

FECHA	SERVICIO	PERFIL	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
21-03-25	COMPONENTES SALUD PUBLICA	Describir el perfil del Talento Humano	Presentación del espacio y/o componente	X			
			Entrega de la caja de herramientas por medio magnético (formato y explicación del informe de actividades, fechas de entrega del mismo, entrega de lineamientos o rutas, documentos de consulta, formato de cronograma o matrices)	X			
			Se informó frente a controles existentes e informes y la periodicidad con que debe presentarlos	X			
			Se informó frente a eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	X			
			Se realizo Entrenamiento en Campo - Manejo de procedimientos aplicables al proceso de trabajo	X			
			Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos	X			

14.VALORACIÓN DEL COLABORADOR		15.VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 X	Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI X NO ___	Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 X	Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI X NO ___	

16.CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración	Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente
			X	

17. FIRMA DEL COLABORADOR		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESAROLLO	

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YURANY VALENCIA CASTAÑO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1024512999	
CORREO ELECTRONICO:	valenciacastano1991@gmail.com				CELULAR:	6017224293	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU46K33-5	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570008670413734				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3701			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	815	FECHA	2025-03-31 08:25:36.000	NÚMERO DE CRP	19592	FECHA	2025-04-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-03-12		2025-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,665,380				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	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:	$2,665,380
VALOR EJECUTADO	$2,665,380
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,665,380
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 $2.194,507 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
85108800	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

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.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes	Cumplir a cabalidad con las actividades acorde al perfil en el plan de cuidado familiar e individual en el marco de los equipos básicos extramurales.	Caracterizaciones y seguimientos cargados totalmente en el aplicativo en línea, diligenciamiento con calidad y oportunidad de historia clínica, planilla de firmas con familias con planes de cuidado familiar.
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado.	Asistir y participar activamente en las jornadas de salud que sean programadas por la SDS y la Subred Suroccidente	Actas y listados de asistencia
Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada	Realizar en todas las intervenciones demanda inducida, notificación de eventos de interés en salud publica, canalizaciones de acuerdo a los riesgos identificados	Notificaciones de eventos de interés en salud publica, Activaciones de ruta en modulo SIRC, demanda inducida
Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes.	Prestar servicios con humanización y seguridad del paciente, según guías y protocolos	Brindar servicios humanizados y actividades de acuerdo a los protocolos institucionales
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.	Asistir y participar en asistencias técnicas, fortalecimientos de capacidades, inducción y reinducción	Actas y listados de asistencia
Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	Fortalecer en cada una de las familias y los individuos sobre sus derechos y deberes en salud	Seguimientos cargados en aplicativo en línea
Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.	Realizar entrega oportuna de productos, cargue oportuno de seguimientos en aplicativo en línea, diligenciamiento oportuno de historia clínica	Seguimientos en aplicativo en línea, diligenciamiento de historia clínica, planilla de firmas
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.	Alistar soportes con calidad y oportunidad para auditoría	Soportes con calidad en aplicativo en línea e Historia clínica
Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos	Elaborar cronograma de actividades mensual	Cronograma de actividades
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.	Informar oportunamente cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de las actividades	Informar a la profesional de apoyo ante cualquier novedad que interfiera en las actividades diarias
Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Mantener la imagen institucional en alto a través de las actuaciones individuales	Hacer uso adecuado de los elementos de identificación institucional
Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones.	Portar adecuadamente el carnet y la chaqueta institucional en la ejecución de las actividades.	Carnet y Chaqueta institucional
Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	Hacer uso adecuado de los equipos biomédicos e insumos asignados	Equipos biomédicos e insumos en buen estado
Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Cumplir con la normativa de la gestión documental en la entrega de soportes	Soportes con calidad

Copia certificada
Subred Suroccidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

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

DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOS DESALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

YURANY VALENCIA CASTAÑO

C.C 1024512999 DE BOGOTA

La suma de Dos millones seiscientos sesenta y cinco mil, trecientos ochenta y uno pesos MC ($2.665.381), por concepto de servicios como PROFESIONAL DE ENFERMERIA en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 12 al 31 de marzo de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3701-2025



YURANY VALENCIA CASTAÑO

C.C 1024512999 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 008670413734

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente del 12 al 31 de marzo de 2023 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



_____
YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
Apoyo a la supervisión
Equipos Básicos extramurales