

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YURY TATIANA CUELLAR SANCHEZ
CC 1.001.200.335

La suma de \$ 3.855.600 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como ENFERMERA JEFE durante el periodo del **01 al 31 de DICIEMBRE** 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No4179-2025



YURY TATIANA CUELLAR SANCHEZ
CC 1.001.200.335

CUENTA DE AHORROS BANCO DE
CAJA SOCIAL
NUMERO 24109791867

Asegúrate



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

Clima de seguridad del paciente 2025

¿Cuál es su perfil en esta institución?

Enfermero profesional

Sede de atención

Hospital de Bosa

Cual es su cargo o actividad en la institución?

Operativo asistencial

¿Qué tipo de vinculación tiene?

Contrato por prestación de servicios

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

Menos de 1 año

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta institución?

Menos de 1 año

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/ área?

Menos de 1 año

¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?

De 40 a 59 horas

En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

Si

Servicio

SERVICIOS HOSPITALARIOS – ginecobstetricia.

¿Cuál es el Proceso al que Pertenece?

Gestion Clinica Hospitalaria

Siguiente



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

Clima de seguridad del paciente 2025

¿Cuál es su perfil en esta institución?

Pregunta requerida

Sede de atención

Pregunta requerida

Cual es su cargo o actividad en la institución?

Pregunta requerida

¿Qué tipo de vinculación tiene?

Pregunta requerida

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

Pregunta requerida

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta institución?

Clima de seguridad del paciente 2025

Se registró la información con éxito

Aceptar

¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?

Pregunta requerida

En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

Pregunta requerida

Servicio

Pregunta requerida

¿Cuál es el Proceso al que Pertenece?

Pregunta requerida

Siguiente



Paes

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Peso/Talla X Registro de Líquidos X Signos Vitales X Notas de Enfermería X Actividades de Enfermería X Planilla de Medicamentos X Planilla de Suministros X Tratado Efectivo X Escala de Dolor / Wong-Baker X Escala de Braden (Adulto) X Valoración Riesgo de Caída X Plan de cuidados (NANDA) X

Paciente: 51578586 - MARIA ROSALBA PEÑA GONZALEZ - Femenino - 65 Años / 8 Meses / 8 Días

Ingreso: 13972115 - Hospitalario - Urgencias - Cama HB50322

Deshabilitar registro Grabar Registro

Plan de cuidados

Valoración inicial

Diagnóstico	Dominio	NIC	NOC
Código	Código	Código	% de ejecución
00228	RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ	03	ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

NIC	NOC	Código	Nombre	Canti...	Frecue...	Unidad	Estado	Progr...	% de ejecu...	Próxima ejec...	Observacion...
Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
2080	MANEJO DE LÍQUIDOS/ELECTRÓLITOS	6	24	Horas	En ejecución	1	16,67%	17/12/2025 19:00			
2380	MANEJO DE LA MEDICACIÓN	6	24	Horas	Asignada	0	0%	17/12/2025 09:39			
6650	VIGILANCIA	6	24	Horas	Asignada	0	0%	18/12/2025 09:00			

Ejecuciones Histórico

Fecha y hora de r... Observaciones

Fecha y hora de ejecución ... Diferencia... Enfermero@

16/12/2025 19:00 REALIZADO

QUELLAR SANCHEZ YURY TATIANA

Página 1 de 1 (1 ítem)

Página 1 de 1 (1 ítem)

Página 1 de 1 (1 ítem)

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Peso/Talla X Registro de Líquidos X Signos Vitales X Notas de Enfermería X Planilla de Medicamentos X Planilla de Suministros X Tratado Efectivo X Indicaciones Médicas X Plan de cuidados (NANDA) X

Paciente: 1005602181 - LAURA SARITH CARO SANTOS - Femenino - 26 Años / 2 Meses / 9 Días

Ingreso: 14004877 - Hospitalario - Urgencias - Cama H...

Deshabilitar registro Grabar Registro

Plan de cuidados

Valoración inicial

Diagnóstico	Dominio	NIC	NOC
Código	Código	Código	% de ejecución
00132	DOLOR AGUDO	12	COMFORT
00106	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA	00	INTELECCIÓN

NIC	NOC	Código	Nombre	Canti...	Frecue...	Unidad	Estado	Progr...	% de ejecu...	Próxima ejec...	Observacion...
Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
5244	ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA	6	24	Horas	Asignada	0	0%				

Ejecuciones Histórico

Fecha y hora de r... Observaciones

Fecha y hora de ejecución ... Diferencia... Enfermero@

16/12/2025 19:00 REALIZADO

QUELLAR SANCHEZ YURY TATIANA

Página 1 de 1 (1 ítem)

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Peso/Talla X Registro de Líquidos X Signos Vitales X Notas de Enfermería X Planilla de Medicamentos X Planilla de Suministros X Tratado Efectivo X Plan de cuidados (NANDA) X

Paciente: 52726305 - CLAUDIA LIZETH CASTRILLON GARCIA - Femenino - 47 Años / 4 Meses / 9 Días

Ingreso: 13972039 - Hospitalario - Urgencias - Cama HB00325

Deshabilitar registro Grabar Registro

Plan de cuidados

Valoración inicial

Diagnóstico	Dominio	NIC	NOC
Código	Código	Código	% de ejecución
00132	DOLOR AGUDO	12	COMFORT

NIC	NOC	Código	Nombre	Canti...	Frecue...	Unidad	Estado	Progr...	% de ejecu...	Próxima ejec...	Observacion...
Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
2210	ADMINISTRACIÓN DE ANALGESICOS	6	24	Horas	En ejecución	1	16,67%	15/12/2025 18:00			
5246	ASESORAMIENTO NUTRICIONAL	6	24	Horas	Asignada	0	0%	15/12/2025 17:31			
5618	ENSEÑANZA PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO	6	24	Horas	Asignada	0	0%	16/12/2025 09:00			

Ejecuciones Histórico

Fecha y hora de r... Observaciones

Fecha y hora de ejecución ... Diferencia... Enfermero@

16/12/2025 19:00 REALIZADO

QUELLAR SANCHEZ YURY TATIANA

Página 1 de 1 (1 ítem)

Página 1 de 1 (1 ítem)

Página 1 de 1 (1 ítem)

Tablero de control RE

Agregar

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos

Consultar Registros 24h

Peso/Talla X Registro de Líquidos X Signos Vitales X Notas de Enfermería X Actividades de Enfermería X Planilla de Medicamentos X Planilla de Suministros X Traslado Efectivo X Escala de Dolor / Wong-Baker X Escala de Braden (Adulto) X Valoración Riesgo de Caída X Plan de cuidados X

Paciente: 1003495935 - LEIDY ALEJANDRA MILLAN SILVA - Femenino - 26 Años / 2 Meses / 10 Días

Ingreso: 14013625 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBGO124-B

Deshabilitar registro

Grabar registro

Plan de cuidados

Valoración inicial

Diagnóstico		Dominio		NIC	NOC
Código	Nombre	Código	Nombre		
00106	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA	02	NUTRICIÓN	1	1

NIC		NOC	Canti.	Frecue.	Unidad	Estado	Progr.	% de ejecu.	Próxima q
Código	Nombre								
5244	ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA		8	24	Horas	Pendiente	8	100%	16/12/2025

Ejecuciones

Histórico

Fecha y hora de r...	Observaciones	Fecha y hora de ejecución ...	Difere...	Enfermer@
16/12/2025 19:00	SE EDUCA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA	16/12/2025 22:17	3:17	QUELLAR SANCHEZ YURY TATIANA

10

20

40

Página 1 de 1

1

Información general

2

Condiciones

3

Bienes y servicios

4

Documentos del Proveedor

5

Documentos del contrato

6

Información presupuestal

7

Ejecución del Contrato

8

Modificaciones del Contrato

9

Incumplimientos

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

códigos de autorización?

☐ Sí

☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA MAYO 2025.pdf	CUENTA MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2025.pdf	CUENTA JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2025.pdf	CUENTA AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 2025.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION CONTRAT 4179 NOVIEMBRE 2025.pdf	CERTIFICACION CONTRAT 4179 NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	91731531	\$477.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	192.900	0		0		0	0	0	0	192.900	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
230201	Proteccion (ING + Protección)	800229739-0	246.900	0	0	0	0	0	0		246.900	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	37.600				37.600	0	0	37.600			376	37.600	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	192.900	192.900
Pensión	1	246.900	246.900
Riesgos Laborales	1	37.600	37.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	477.400	477.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001200335	YURY TATIANA CUELLAR SANCHEZ		CLL 4 SUR N 80 49	0000000	yury-cuellar@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	91731531	\$477.400
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																						
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Salario	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MAA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORREGIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1001200335	CUELLAR SANCHEZ YURY TATIANA					59	0		N																			230201	1.543.000	246.900	0	0	0	0	0	EPS008	1.543.000	192.900	14-11	1.543.000	3	37.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1001200335	CUELLAR	SANCHEZ	YURY	TATIANA	2025-05	Capital Salud	COTIZANTE
CC	1001200335	CUELLAR	SANCHEZ	YURY	TATIANA	2025-11	Compensar	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Compensar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	01/2022	21	COTIZANTE	Pago con cotización

Información Importante:

El campo "Observación *" denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			YURY TATIANA CUELLAS SANCHEZ					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1001200335
CORREO ELECTRONICO:			yury-cuellar@hotmail.com			CELULAR:		3107873763
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			HOSPITALIZACION GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HOSPITAL BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37103	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24109791867				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4179				VIGENCIA		2025
NÚMERO DE CDP	2308	FECHA	2025-11-26 15:54:20.000	NÚMERO DE CRP	52271	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		ENFERMERO						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-12-01			2025-12-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,855,600				
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:						\$29,816,640		
VALOR EJECUTADO						\$29,559,600		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,855,600		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$257,040		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						99%		
El intervisor 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		
91731531	\$1,542,240	\$192,780	\$246,758	3	\$37,569	\$477,107		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
carlos alberto corredor 1070020178 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral	ORDENES MEDICAS
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumpla con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevaré registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participar en la programación de las actividades del área	Participo en la programación de las actividades del área	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO LO REQUIERA
Impartir instrucciones al personal a cargo	Imparto instrucciones al personal a cargo	Imparto instrucciones al personal a cargo
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Realizo los procedimientos al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera mi participación	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	CUANDO SE REQUIERA

Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realizo supervicion de los contratos para los que sea designado	CUANDON SE REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUANDO LO REQUIERAN

carlos alberto corredor
1070020178
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