

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 07/2025**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Jessica Viviann Castellanos Giraldo**  
**C.C 39.677.284 DE Soacha**

La suma de DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS MCTE, \$ 2.426.783 por concepto de: prestacion de servicios como auxiliar de enfermeria como (tecnico administrativo II ). Durante el periodo del 01 de Diciembre al 31 de Diciembre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4169/ 2025

*Jessica V. Castellanos G.*

**Jessica Viviann Castellanos Giraldo**

**C.C.39.677.284 DE SOACHA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 042-581342-28**

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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

Datos guardados

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 |                           |                         |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Designación Supervisión Smith Edith Lozano Guevara.pdf | Designación Supervisión Smith Edith Lozano Guevara.pdf     | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ACTIVIDADES MAYO 2025.pdf                              | ACTIVIDADES MAYO 2025.pdf                                  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          | ACTIVIDADES JUNIO 2025.pdf (Archivado)                 | ACTIVIDADES JUNIO 2025.pdf                                 | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          | ACTIVIDADES JUNIO DE 2025.pdf (Archivado)              | ACTIVIDADES JUNIO DE 2025.pdf                              | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ACTIVIDADES JUNIO.pdf                                  | ACTIVIDADES JUNIO.pdf                                      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ACTIVIDADES AGOSTO 2025                                | CC 39677284 CUENTA DE COBRO AGOSTO JESSICA CASTELLANOS.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ACTIVIDADES JULIO 2025.pdf                             | ACTIVIDADES JULIO 2025.pdf                                 | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ACTIVIDADES SEPTIEMBRE.pdf                             | ACTIVIDADES SEPTIEMBRE.pdf                                 | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ACTIVIDADES OCTUBRE.pdf                                | ACTIVIDADES OCTUBRE.pdf                                    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ACTIVIDADES NOVIEMBRE 2025.pdf                         | ACTIVIDADES NOVIEMBRE 2025.pdf                             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          |                                                        |                                                            |             | <div>Borrar</div>         | <div>Cargar nuevo</div> |

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Simple

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-10, 11:58:06 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: noviembre de 2025

Período Servicio: noviembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8822897922

Numéro Planilla: 1077258657

PAGADO 10/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                     |
|---------------------|-------------------------------------|
| Razón Social        | JESSICA VIVIANN CASTELLANOS GIRALDO |
| Documento           | CC39677284                          |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                       |
| Tipo Persona        | NATURAL                             |
| Ciudad              | SOACHA                              |
| Representante Legal |                                     |
| Total Afiliados     | 1                                   |
| Dirección           | CALLE 33 # 20 ESTE - 12             |
| Teléfono            | 3204440618                          |
| Forma Presentación  | ÚNICO                               |
| Departamento        | CUNDINAMARCA                        |
| Identificación      |                                     |
| ARP                 | ARL SURA                            |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                                     | Novedades           |                |                   |    |    |    |    |    |    |    | Pensiones |    | Salud |                          |              | Riesgos      |        |              | Cajas                   |                |          | Parafiscales |             |             |      | Total             |
|--------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|-----------|----|-------|--------------------------|--------------|--------------|--------|--------------|-------------------------|----------------|----------|--------------|-------------|-------------|------|-------------------|
|                    |                                     | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08        | 09 | 10    | Administradora           | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos          | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja  | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio |
| Identificación     | JESSICA VIVIANN CASTELLANOS GIRALDO |                     |                |                   |    |    |    |    |    |    |    |           |    |       |                          |              |              |        |              |                         |                |          |              |             |             |      |                   |
| CC 39677284        |                                     | 59                  | 00             |                   |    |    |    |    |    |    |    |           |    |       | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | \$ 1.423.500 | \$ 178.000   | 2.436  | \$ 1.423.500 | \$ 34.700 (NINGUNA CCF) |                | \$ 0     | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 440.500        |

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 |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 0      | \$ 227.800      | \$ 178.000    | \$ 34.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 440.500                     | \$ 0                    | \$ 440.500  |

Líneas de Servicio FonosIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6439000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 605 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                 |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                 |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                 |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | JESSICA VIVIANN CASTELLANOS GIRALDO                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                             | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 39677284   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | jvcaste68@gmail.com                                             |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3204440618 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                 |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | ADM DIRECCION DEL GESTION DEL RIESGO EN SALUD USS PABLO VI BOSA |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | PA16U09           | 100                      |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                                                 |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 4258134228                                                      |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4169                     |                                                                 |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2290              | FECHA                    | 2025-11-21 15:45:07.000                                         | NÚMERO DE CRP       | 55944                            | FECHA         | 2025-11-30 00:00:00.000                                                             |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                           | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                 | 2025-12-01          |                                  |               | 2025-12-31                                                                          |            |
| <b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                                 | \$2,426,783         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                          |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                 |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:</b>                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                                                 |                     |                                  | \$19,414,264  |                                                                                     |            |
| <b>VALOR EJECUTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                                                 |                     |                                  | \$19,414,264  |                                                                                     |            |
| <b>VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |                                                                 |                     |                                  | \$2,426,783   |                                                                                     |            |
| <b>VALOR A LIBERAR</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                                                 |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| <b>SALDO POR EJECUTAR</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                                                                 |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| <b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                                                 |                     |                                  | 100%          |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 1077258657                                                                                                                                                                                                                                                   | \$970,713         | \$121,339                | \$155,314                                                       | 3                   | \$23,647                         | \$300,300     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                         | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                       | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REALIZAR BAI DIARIA PARA DETECTAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA QUE SE DEBEN NOTIFICAR Y CRUZARLOS CON EL REPORTE DE FICHAS DILIGENCIADAS EN HISTORIA CLÍNICA REALIMENTAR AL PROFESIONAL SI HAY FICHAS PENDIENTES Y GESTIONAR CON EL LÍDER DE LA UNIDAD, | SE REALIZA DIARIAMENTE EN EL MODULO DE BAI DIARIA LA DESCARGA DE LAS ATENCIONES DEL DIA ANTERIOR PARA REVISION DE EVENTOS NOTIFICADOS Y DE LOS QUE CUMPLEN CON CRITERIOS DE NOTIFICACION Y NO FUERON NOTIFICADOS POR LOS PROFESIONALES.                           | SOPORTES DE BAI DIARIA Y LA OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION                                                                                                                                                   |
| REALIZAR PRECRÍTICA EN FÍSICO O MAGNÉTICO DE LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL, PARA COMPLETAR LA MAYOR INFORMACIÓN POSIBLE BUSCANDO EN LOS APLICATIVOS (DINÁMICA, COMPROBADOR DE DERECHOS, PAI Y GEO CODIFICADOR DE                                           | SE REALIZA PRECRITICA EN LAS FICHAS NOTIFICADAS TENIENDO EN CUENTA ADRES, GEOCODIFICADOR DE DIRECCIONES LABORATORIOS Y HISTORIA CLINICA PARA VERIFICAR LA CALIDAD DEL DATO                                                                                        | FICHAS DE NOTIFICACION ENVIADAS A LOS SUBSISTEMAS CON CALIDAD DEL DATO                                                                                                                                       |
| REALIZACIÓN DE RONDA DIARIA EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, FARMACIA Y LABORATORIO CLÍNICO, INCLUYE VERIFICACIÓN DE CENSO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA IDENTIFICACIÓN DE FICHAS DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA       | REALIZACIÓN DE RONDA DIARIA EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, FARMACIA Y LABORATORIO CLÍNICO, INCLUYE VERIFICACIÓN DE CENSO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA IDENTIFICACIÓN DE FICHAS DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA      | EVIDENCIADOS EN EL LIBRO DONDE SE REGISTRA FECHA Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA                                                                                                     |
| REALIZAR NOTIFICACIÓN EN LOS APLICATIVOS DE SIVIGILA Y DEMÁS SUBSISTEMAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, REALIZAR AJUSTES, INGRESO DE LABORATORIOS PARA DESCARTE O CONFIRMACIÓN DEL EVENTO Y DAR RESPUESTA A SOLICITUDES DE VSP,SDS, INS,                               | SE REALIZA PRECRITICA EN LAS FICHAS DE NOTIFICACION CON CALIDAD DEL DATO                                                                                                                                                                                          | EVIDENCIADO EN FICHAS DE NOTIFICACION ENVIADAS A TECNICO Y A LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS                                                                                                                      |
| REVISAR CORREOS DIARIOS Y EN CONJUNTO CON EPIDEMIOLOGA DAR RESPUESTA OPORTUNA AL ENTE QUE LO SOLICITE,                                                                                                                                                             | SE REALIZA REVISION DIARIAMENTE AL CORREO Y SE DA RESPUESTA DE MANERA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE LOS DIFRENTES SUBSISTEMAS                                                                                                                                     | EVIDENCIADO EN LA OPORTUNIDAD EN LA QUE SE DA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES                                                                                                                                    |
| REALIZAR INGRESO AL APLICATIVO DE ÁNGELES GUARDIANES, SOBRE LOS EVENTOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN LOS LINK DE INGRESO Y EGRESO                                                                                                                              | SE REALIZAN LAS NOTIFICACIONES DE MANERA OPORTUNA DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA , SE REALIZA EL INGRESO DE LAS GESTANTES DE CAPITAL SALUD Y DE FONDO FINANCIERO AL LINK Y SE DA EGRESO OPORTUNAMENTE ADICIONALMENTE SE INFORMA VIA CHAT LAS PACIENTES NOTIFICADAS | EVIDENCIADO EN LA OPORTUNIDAD EN EL LINK DDE INGRESO , EGRESO Y OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION                                                                                                               |
| ORGANIZAR LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL Y DE SALUD MENTAL (SIVELCE, SIVIM, SISVECOS Y VESPA) EN LAS AZ CORRESPONDIENTES POR EVENTO, POR FECHA, PARA LAS VISITAS TÉCNICAS DE SDS                                                                            | CARPETAS LAS CUALES SE MARCAN CON FECHA NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE DOCUMENTO DEL PACIENTE Y DENTRO DE LA MISMA SE DEJA HISTORIA CLINICA YFICHA DE NOTIFICACION Y LABORATORIOS SI APLICA                                                                         | EVIDENCIADO EN CARPETAS LAS CUALES SE MARCAN CON FECHA CON NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE DOCUMENTO DEL PACIENTE Y DENTRO DE LA MISMA SE DEJA HISTORIA CLINICA YFICHA DE NOTIFICACION Y LABORATORIOS SI APLICA |
| REALIZA EL ALISTAMIENTO DE SOPORTES PARA ASISTENCIAS TÉCNICAS DE SDS SEGÚN PROGRAMACIÓN Y APOYO A LA EPIDEMIOLOGA DURANTE LAS VISITAS TÉCNICAS DE SDS                                                                                                              | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES                                                                                                                                                                                                                                       | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES                                                                                                                                                                                  |
| APOYO EN LA REALIZACIÓN DE BAI MENSUAL EN DESCARGA, ORGANIZACIÓN Y ENVÍO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS                                                                                                                                                                 | SE REALIZA BAI MENSUAL CON OPORTUNIDAD                                                                                                                                                                                                                            | SE REALIZA BAI MENSUAL CON OPORTUNIDAD TODOS LOS MESES LOS 10 PRIMEROS DIAS DEL MES                                                                                                                          |
| REALIZAR SEGUIMIENTO TELEFÓNICO A LOS PACIENTES DE CÁNCER, LEPTOSPIRA, HEPATITIS, ACCIDENTE RÁBICO PARA TRATAMIENTO O AJUSTES EN EL APLICATIVO SIVIGILA                                                                                                            | SE REALIZA NOTIFICACION DE LOS EVENTOS Y SE PRESENTAN AL PROGRAMA CON CALIDAD DEL DATO Y LABORATORIOS REQUERIDOS SEGÚN LINEAMIENTO PARA LA NOTIFICACION, EL PROGRAMA SE ENCARGA DE LA CONSECUCION DEL TRATAMIENTO Y CONTROLES POSTERIORES AL EGRESO DEL PACIENTE  | ENVIADOS POR CORREO ELECTRÓNICO AL PROGRAMA Y NOTIFICADOS DE MANERA OPORTUNA CON LOS LABORATORIOS REQUERIDOS                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| REALIZAR SOCIALIZACIÓN A LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN EN HALLAZGOS DE LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS DE SDS, ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS, PROTOCOLOS DE EISP DEL INS, INOPORTUNIDADES EN NOTIFICACIÓN , COVE ETC | SE REALIZAN CAPACITACIONES MENSUALES A LOS PROFESIONALES CON ACOMPAÑAMIENTO DE EPIDEMIOLOGA INSTITUCIONA                       | EVIDENCIADO EN AZ CON ACTAS Y FIRMAS DE PARTICIPANTES         |
| GESTIONAR LA TOMA DE SEGUNDA MUESTRA EN PACIENTES QUE LO REQUIERAN                                                                                                                                                                                            | SE REALIZA REVISION DE EVENTOS PENDIENTES POR CLASIFICACION SE SOLICITA APOYO A LABORATORIO CLINICO PARA AGENDAMIENTO DE CITAS | EVIDENCIADO EN LA NOTIFICACION Y CLASIFICACION DE LOS EVENTOS |
| APOYAR EN LAS ACTIVIDADES QUE SE REQUIERA EN EL ÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA O DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO                                                                                                                                           | SE APOYA EN LO REQUERIDO                                                                                                       | SE APOYA EN LO REQUERIDO                                      |

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