

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
c6d888e377a1e9954fd09c7d34e8a7b7c9a42bd6d30369924827f3984b66f58fa76e592f085d4767fa580767df3a86c3  
Número de Factura: FE-47  
Fecha de Emisión: 25/06/2026  
Fecha de Vencimiento: 30/06/2026  
Tipo de Operación: 10 - Estándar  
Forma de pago: Contado  
Medio de Pago: Instrumento no definido  
Orden de pedido:  
Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA  
Nombre Comercial: SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA  
Nit del Emisor: 1030602980  
Tipo de Contribuyente: Persona Natural  
Régimen Fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
Actividad Económica: 8610  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: CR 72 Q 41 C 71 SUR BL J C IN 2 AP 501  
Teléfono / Móvil: 2647352  
Correo: pau501@hotmail.com

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.  
Tipo de Documento: NIT  
Número Documento: 9009590484  
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica  
Régimen fiscal: O-13  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: CL 9 39 46  
Teléfono / Móvil: 6013849160  
Correo: jefecontabilidad@subredsureoccidente.gov.co

## Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85121502	Servicios de consulta de médicos de atención primaria	NIU	146,00	\$ 91.034,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 13.290.964,00

## Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo
1	SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS JUNIO 2026	

## Notas Finales

Línea de negocio: SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS JUNIO 2026

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 25/06/2026 09:56:29  
**Documento validado por la DIAN:**  
 25/06/2026 09:56:29  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
**Nit:800197268**

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

<b>Subtotal</b>	13290964
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	13290964
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	0
<b>Total neto factura (=)</b>	13290964
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=) COP \$</b>	\$ 13290964

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

<b>Subtotal</b>	13.290.964,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	13.290.964,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	0,00
<b>Total neto factura (=)</b>	13.290.964,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=) COP \$</b>	\$ 13.290.964,00

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0,00

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764108144373 Rango desde: 41 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2028-04-07

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030602980	PAULA ALEJANDRA SANCHEZ RUBIANO	Cr 72q no 41c-71 sur	4535277	Pau501@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92894934	23/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$2.140.800	

## 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					
EPS001	ALIANSA EPS S.A.	830113831-0	865.000	0		0		0	0	0	0	865.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.107.200	0	0	0	0	0	0		1.107.200	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	168.600				168.600	0	0	168.600			1.686	168.600	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	865.000	865.000
Pensión	1	1.107.200	1.107.200
Riesgos Laborales	1	168.600	168.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>2.140.800</b>	<b>2.140.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030602980	PAULA ALEJANDRA SANCHEZ RUBIANO		Cr 72q no 41c-71 sur	4535277	Pau501@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92894934	23/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$2.140.800	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Subleigo	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	IPD	IPF	SEN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC 1030602980	SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA	59	0			N																230201	6.920.000	30	1.107.200	0	0	0	0	EPS001	6.920.000	30	865.000	14-11	6.920.000	30	3	168.600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030602980	PAULA ALEJANDRA SANCHEZ RUBIANO		Cr 72q no 41c-71 sur	4535277	Pau501@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89464933	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$2.140.800	

## 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					
EPS001	ALIANSA EPS S.A.	830113831-0	865.000	0		0		0	0	0	0	865.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.107.200	0	0	0	0	0	0		1.107.200	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	168.600				168.600	0	0	168.600			1.686	168.600	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	865.000	865.000
Pensión	1	1.107.200	1.107.200
Riesgos Laborales	1	168.600	168.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>2.140.800</b>	<b>2.140.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030602980	PAULA ALEJANDRA SANCHEZ RUBIANO		Cr 72q no 41c-71 sur	4535277	Pau501@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89464933	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$2.140.800	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																								
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	SP	SP	SEN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN								
1	CC 1030602980	SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA	SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA	59	0			N																230201	6.920.000	30	1.107.200	0	0	0	0	EPS001	6.920.000	30	865.000	14-11	6.920.000	30	3	168.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		PAULA ALEJANDRA SANCHEZ RUBIANO					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1030602980		
CORREO ELECTRONICO:	pau501@hotmail.com			CELULAR:	6012647352		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		C. EXT PEDIATRÍA USS EL PORVENIR		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	PA34A26	40	PA35A26	60			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		66947049128			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1484		VIGENCIA	2026			
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	19023	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-05-01		2026-05-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$15,475,780

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 repercute 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:	\$61,903,120
VALOR EJECUTADO	\$61,903,120
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$15,475,780
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
81991803	\$6,190,312	\$773,789	\$990,450	3	\$150,796	\$1,915,035

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA  
52973584  
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
Prestar el servicio de especialista en pediatría en los servicios de salud sur occidente e.s.e	Realizar valoración integral del paciente pediátrico en consulta externa, con un diagnóstico y tratamiento final adecuado	Se entregó pdf de citas signadas del mes
Realizar la consulta procedimientos y actividades concertadas según la programación	Realizar valoración integral del paciente pediátrico en consulta externa, con un diagnóstico y tratamiento final adecuado	Se entregó pdf de citas signadas del mes
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes de acuerdo a los establecidos en la resolución 1995 de 1999	Diligenciar a cabalidad los formatos de las historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la institución respaldando toda actuación con su firma y sello	Se diligenció los formatos de historia clínica reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la institución respaldando toda actuación con su firma y sello
Digitar los registros individuales de servicios - rips, registros estadísticos y demás formatos de la subred sur occidente que le sean indicados por el supervisor del control, registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por el servicios de salud sur occidente e.s.e	Durante la valoración del paciente en la historia clínica se diligencian rips y formatos establecidos para la consulta	Durante la valoración del paciente en la historia clínica se diligencian rips y formatos establecidos para la consulta
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (habilitación y acreditación) según requerimientos de la Subred.	Cumplir a cabalidad las normas emitidas por los programas de calidad y seguimiento de la subred	Se realizó junta mensual (se entregó pdf del acta de la junta) en donde se verificó el cumplimiento de las normas descritas
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocada	Asistir a las diferentes jornadas de capacitación y reuniones atribuidas por la subred, necesarias para ejecutar adecuadamente las actividades	Asistí a la capacitación dispuesta en las juntas Bimensuales
Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar a la acreditación de la subred sur occidente.	Conocer los principios valores institucionales para así lograr un trato humanizado con el paciente y acompañantes	Se ofreció un trato humanizado en la consulta, teniendo en cuenta los valores y principios institucionales
Revisión de agendas de citas de su programación con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la producción	Realizar la agenda prevista para el mes de las horas y actividades contratadas, con entrega con antelación y verificar durante el tiempo estipulado	Se realizó la agenda prevista para el mes de las horas y actividades contratadas, con entrega con antelación y se verificó durante el tiempo estipulado
Cumplir con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias	Actividad en el mes de Mayo se realizaron o se lleva a la fecha 280 consultas con cumplimiento parcial del centro de salud villa javier indicador 2.42% y cumplimiento total de centro de salud porvenir 2.5%	Se realizó informe en excel del cumplimiento de la producción
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se realizó la notificación de dos pacientes con desnutrición y una ficha de negligencia con ficha sivin
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	Informar a la jefatura del Departamento sobre inconvenientes presentados en la prestación del servicio. Buscar y aportar soluciones para mejorar la calidad y oportunidad del mismo.	No se realizaron auditorías al servicio de pediatría
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Realizar un adecuado cuidado y limpieza de los elementos asignados para la consulta	Se realizó acta en la que se informa de la limpieza de los elementos utilizados en la consulta
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Al realizar la cuenta de cobro subir el pago de seguridad social y pensión mensualmente	Al realizar la cuenta de cobro se subió el pago de seguridad social y pensión
Participar en los procesos de docencia servicio de acuerdo a los requerimientos institucionales	Durante la consulta se cuenta con acompañamiento de residente y/o estudiante dado aprendizaje y seguimiento de actividades de estudio como revisión de tema	este mes tuve residente de medicina familiar y se realizó docencia
Mantener adecuada adherencia a las guías de práctica clínica adaptadas y adoptadas por la institución	Se tiene en cuenta las guías de práctica clínica emitidas por la subred para el desempeño de las actividades en la consulta	Se realizó adherencia a las guías de práctica clínica durante la consulta
Garantizar la adherencia al plan de contingencia frente a las fallas del sistema	Al fallo de sistema se realiza plan de contingencia con los adecuados formatos y la entrega oportuna de las historias clínicas	este mes no se realizaron historias clínicas manuales dado que no hubo fallo del sistema

Cumplir de manera obligatoria con las normas de bioseguridad y el Manual de Seguridad del Paciente adoptados por la institución, garantizando la aplicación rigurosa de los protocolos institucionales. Esto incluye, de forma taxativa pero no limitada: la técnica correcta de lavado de manos en los cinco momentos estipulados, el uso permanente y adecuado de la bata y los elementos de protección personal (EPP), y la adherencia a las guías de residuos hospitalarios	Uso de bata blanca diaria, con uso de carnet y realizar desinfección de los elementos utilizados para realizar las actividades asignadas	Se realizo el uso de bata blanca diaria, con uso de carnet y la desinfección de los elementos utilizados para realizar las actividades asignadas, con diligenciamiento de la carpeta en la que se informa de la limpieza de los elementos utilizados en la consulta
Prestar sus servicios de manera transversal en las diferentes unidades o áreas de la institución, ajustando su ejecución a las necesidades operativas identificadas por la supervisión del contrato, con el fin de optimizar la respuesta institucional y asegurar la cobertura asistencial según la normativa vigente	Realizar valoración integral del paciente pediátrico en consulta externa, en las diferentes unidades requeridas	Se realizo valoración integral del paciente pediátrico en las sedes de villa javier y porvenir
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Evaluar el estado clínico del paciente y emitir un concepto claro con ordenes medicas claras y educacion al paciente informado en la historia clinica	Se realizo analisis en historia clinicas, se emitieron concepto y se realizaron ordenes medicas claras y completas.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA  
52973584  
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