

KATHERINE BARRERA MOJICA
NIT: 1115851159-1
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
Kra 30 # 25B-29, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3195869455
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2026 hasta: 30/06/2026.

Autorización facturación electrónica No. 18764107623055 válida desde 2026-03-25 hasta 2028-03-25 rango desde FE213 hasta FE224

DATOS DEL CLIENTE		FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
NIT:	900959048	No. de Factura	FE216
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Fecha Emisión	23/06/2026 21:15:44
Dirección:	9 No. 39 - 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia	Fecha Vencimiento	
Teléfono:	13753569	Moneda	COP Colombia, Pesos
Email:	lidersedes7@subredsuroccidente.gov.co	Forma de Pago:	Contado
		Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
		Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	01	Servicios médicos especialista pediatría prestados en la sub red sur occidente ESE, mes de junio de 2026	NIU	1,00	\$21.301.956,00				0,00	\$21.301.956,00
Impuesto Base Tarifa / Valor Nominal Importe									Subtotal:	\$21.301.956,00
									Cargos:	\$0,00
									Descuento:	\$0,00
									Total:	\$21.301.956,00

CUFE:	cea1d5cc576a97578c9262a1a85ecdca750605e8294c9b583610c0b02e05708db433daab7e1b4d23755502014faeb154
Total con letra:	(veintiun millones trescientos un mil novecientos cincuenta y seis pesos)

Firma Digital: mwz7iPZwNmXJLqj8wsbQFjxDrRS8AO2Fk7EWnsJL7mf/ofsqnleX+jQxMwvfeOxd
3za+T9FQviETJtmOyix5p9QV2qfaBW1JSaA7h3XuRZB7F1sO3F
36vWdl1LRE0Eb0 QomBWA93g2hvK95px4Pk9KyKpOk7AT0OhuCY/vedtu7lIx2lBgrQHQCrgU5Tw37 Y0gji5b1YWxjbkQZSusM9KXCd/QYRgB3ZHv
KqsdxfWHhQMTQNrfHc4qnPqMdlQj DVUTTFEaOrv9aAxlaxineRHUBC7MmujnMOx4pb8wvZwelBZsyH+r7PsOtHeK8r3 oU20YA1Fsd9UBStDn5oU
ow==
Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2026 hasta: 30/06/2026.
Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1115851159	KATHERINE BARRERA MOJICA		Carrera 30 N 25b 29	3195869455	cabmil14@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83587338	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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
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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83587338	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

[illegible]

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1115851159	KATHERINE BARRERA MOJICA		Carrera 30 N 25b 29	3195869455	cabmil14@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
83587338	19/05/2026	90713305	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	\$0	\$2.388.900	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	928.200	0		0		0	0	0	0	928.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.188.000	0	0	45.900	45.900	0	0		1.279.800	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	180.900				180.900	0	0	180.900			1.809	180.900	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
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	928.200	928.200
Pensión	1	1.279.800	1.279.800
Riesgos Laborales	1	180.900	180.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.388.900	2.388.900

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
83587338	19/05/2026	90713305	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	\$0	\$2.388.900	

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludpo	Extranjero	Cotiza exterior	Excedente	IND	TC	TAE	TOP	TAP	VPT	VST	SLN	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 1115851159	BARRERA MOJICA KATHERINE	59	0		N							X										25-14	9.176.228	30	1.468.200	0	0	45.900	45.900	EPS037	9.176.228	30	1.147.100	14-11	9.176.228	30	3	223.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0



706bf366-d772-481d-a1a2-5b4c3d4ced63

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Katherine Barrera Mojica

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

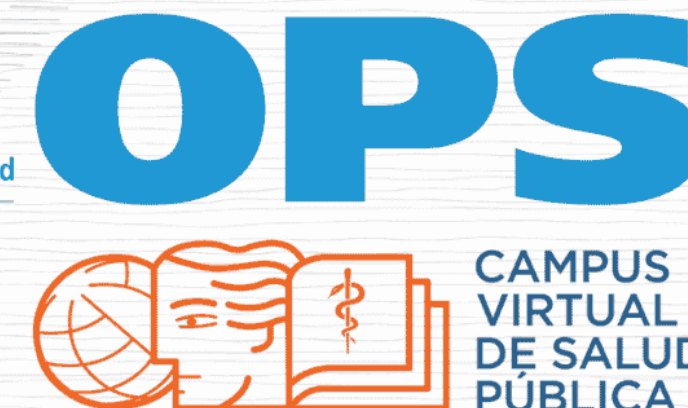
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

18 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director





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

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

Certifica que:

KATHERINE BARRERA MOJICA

CC 1115851159

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Ejes de Acreditación

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *lunes, 22 de junio de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”



QR de
verificación:



FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 24-jun-2026

El futuro
es de todosGobierno
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, KATHERINE BARRERA MOJICA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1115851159 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CARRERA 30 NUM 25B 29 APTO 201

Teléfonos 3195869455 4736166

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA NICOLASA MOJICA COLMENARES	23789824	Madre
ISMAEL BARRERA RODRIGUEZ	4110707	Padre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 283.565.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 283.565.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco BBVA	Cuenta de ahorros	996028007	CORFERIAS	\$ 0,00
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	488436365750	Universidad nacional	\$ 7.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Apartamento	CARRERA 30 NUM 25B 29 APTO 201	\$ 320.000.000,00



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 24-jun-2026

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ICETEX	PRESTAMO ESTUDIO	\$ 12.000.000,00
BANCO BBVA	LEASING HABITACIONAL	\$ 55.000.000,00
banco bbva	crédito consumo	\$ 35.000.000,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA	Integrante

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ☐ C.E ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
KATHERINE BARRERA MOJICA 24/06/2026 02:08:48
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 24-jun-2026
CIUDAD Y FECHA

Medellín, 23 de junio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que KATHERINE BARRERA MOJICA identificado(a) con C1115851159 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11158511592617477555

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

					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:			katherine Barrera Mojica					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1115851159
CORREO ELECTRONICO:			cabmil14@hotmail.com			CELULAR:		5709722
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE11I05	30	KE11B05	70				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488436365750				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1093			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000		NÚMERO DE CRP	20603	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-01			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$21,301,956				
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:						\$142,013,040		
VALOR EJECUTADO						\$115,795,248		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$21,301,956		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$26,217,792		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						82%		
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	
90713305	\$9,176,227	\$1,147,028		\$1,468,196	3	\$223,533	\$2,838,758	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
RONALD MEZA COLON 91446480 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
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizo procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de las patologías dentro del plan integral de atención de cada paciente como Pediatra en los servicios de urgencias y hospitalización de acuerdo a la programación de actividades	Historial clínico actualizado del paciente, informes de procedimientos realizados, resultados de diagnósticos y terapias en aplicativo DINAMICA
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Cumplo con las exigencias legales y éticas en el manejo adecuado de los registros clínicos de los pacientes.	Registros clínicos correctamente archivados y firmados, informes de auditoría de registros.
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.	Llevo un registro de las actividades e intervenciones realizadas, manteniendo actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y otros registros necesarios para cumplir con los procesos de costos y facturación.	Reportes estadísticos mensuales, registros de intervención en el sistema de gestión de salud.
Participar en la programación de actividades del área.	Participo en actividades de revista y análisis de casos clínicos, evaluando y ajustando, si es necesario, el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario.	Actas de reuniones de análisis de casos, informes de ajustes realizados en el plan de habilitación/rehabilitación.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporte los eventos de notificación obligatoria dentro del plazo establecido por la normatividad vigente.	Diligenciamiento de las diferentes fichas de notificación
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 en el servicio, participando en los análisis y acciones de mejora definidas.	Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la presentación del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio.
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Participo en la programación de actividades de la Subred.	Se dan las instrucciones para el manejo médico y tratamientos a realizar de acuerdo a las necesidades del paicnete.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la presentación del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio.	Queda diligenciamiento de formato de software dinámica
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Informo al usuario, su familia o cuidador sobre las actividades a seguir al inicio del proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o egreso.	Documento firmado de consentimiento informado, registro de seguimiento post-intervención
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Seguimiento clínico y control evolutivo del paciente pediátrico.	Evoluciones médicas registradas en historia clínica.
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se realiza educación al paciente y acudiente sobre diagnóstico y tratamiento.	Registro en historia clínica de información suministrada.
Emitir los conceptos médicos que le sean requeridos.	Elaboración de conceptos médicos solicitados formalmente.	Se da el concepto médicos en la evolución y manejo del paciente consignados en la historia clínica
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 los requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Desarrollando las actividades correspondientes que permite cumplir con las normas de SOGC
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlo al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Realizar contrato para lo que fue designado	Cumpliendo actividades medicas asignadas con lo que se da cumplimientos al contrato asignado
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 las actividades asignadas y los entrego a la persona encargada al finalizar el contrato.	Usar de forma adecuada los elementos asignados para la atención de los pacientes, así mismo cuidar de los instrumentos donde se realizan las evoluciones y demás elementos para la atención de los pacientes
Participar en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación	Participo en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los que sea convocado.	Participación en reuniones y capacitaciones, así mismo en las actividades de acreditación, se participa en ASEGURATE del mes. Se diligencia link de asistencia
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participo en investigaciones que permitan conocer y proponer nuevas alternativas de diagnóstico e intervención.	No se ha participado

Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Actividad no programada (trabajo asistencial con atención de pacientes registrados en historia clínica actividades de múltiples pacientes durante el mes en curso	No aplica
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según los requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Desarrollando las actividades correspondientes que permite cumplir con las normas de SOGC
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Realizar contrato para lo que fue designado	Cumpliendo actividades medicas asignadas con lo que se da cumplimientos al contrato asignado
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 las actividades asignadas y los entrego a la persona encargada al finalizar el contrato.	Usar de forma adecuada los elementos Realizo procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de las patologías dentro del plan integral de atención de cada paciente como Pediatra en los servicios de urgencias y hospitalización de acuerdo a la programación de actividades
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los que sea convocado.	Participación en reuniones y capacitaciones, así mismo en las actividades de acreditación, se participa en ASEGURATE del mes. Se diligencia link de asistencia
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, apoyando su implementación.	Cumplimiento de los procesos de la subred
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.	Entrega de la constancia de pago de seguridad social; SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS PROFESIONALES
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.
<p style="text-align: center;">RONALD MEZA COLON 91446480 Supervisor</p>		
<p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		