

|                                                                                   |                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |  |  |  |

| DATOS DEL INFORME       |                                |            |                               |               |   |
|-------------------------|--------------------------------|------------|-------------------------------|---------------|---|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                         | 2025-11-19 | Hasta:                        | 2025-11-30    |   |
| Nombre del Contratista: | DOYMAR ANGELICA URBINA ALVAREZ |            | Número de Documento:          | 2267100       |   |
| Correo Electrónico:     | doyurb15@gmail.com             |            | Número Telefónico:            | 3235614924    |   |
| Nombre del Supervisor:  | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA     | Cargo:     | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | Código Grado: | - |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                     |               |      |                       |      |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| No. Contrato:                 | 8625-2025                           | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 1767 |
| Perfil:                       | ENFERMERO                           |               |      |                       |      |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS |               |      |                       |      |
| Unidad de Servicios:          | USS TUNAL                           |               |      |                       |      |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                     |                                                           |              |                          |            |           |                               |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|-------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                           | Unidad                                                    | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procetaje(%) Centro de Costos |
| B02ME                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS MEISSEN                                               | 60           | 0                        | 21230      | \$1273800 | 80.6%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 1273800                          | UN MILLON DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS |              |                          |            |           |                               |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-11-19          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-01-16 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | NOVIEMBRE           | \$ 1273800                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 5396852                 | \$ 5396852               | \$ 1273800       | \$ 4123052         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -Brindar atención humanizada, eficaz y con calidad tanto al paciente interno como externo que requiera cuidados de enfermería dentro de los servicios de las uss meissen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -Se realizan protocolos de atención humanizada, presentación a cada paciente durante la entrega de turno se explica a todos los pacientes los procedimientos a realizar durante los turnos objetivos del tratamiento garantizando una atención humanizada y oportuna; evidenciada en notas de enfermería realizadas en dinámica gerencial y el giro cama del servicio. |
| 2 | Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -Realizar la adherencia en el registro y diligenciamiento de escalas de riesgos de caídas, escala de Braden y de lesiones de piel además de los patrones funcionales a todos los ingresos del servicio de reanimación de igual manera realizar dosificación y registro de medicamentos y procedimientos como paso de PICC, sondas oro gástricas o nasogástricas, vesicales, administración de medicamentos, toma de hemocultivos, urocultivos y transfusiones en la historia clínica del paciente. | -Escala de registro de caídas Braden, lesiones de piel y patrones funcionales realizados a todos los ingresos al servicio durante el mes evidenciadas en el sistema dinámica gerencial.                                                                                                                                                                                |
| 3 | Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique, sustituya). | -Se realiza educación en el autocuidado de los paciente adherencia en la realización de los planes de enfermería y patrones funcionales de Marjory Gordon para cada paciente del área de reanimación, liderar los equipos de enfermería para llevar a cabo la educación a los pacientes en la adherencia a los tratamientos y educación de los procedimientos realizados y a los familiares en procedimientos de emergencia.                                                                       | -Planes de enfermería realizados en el aplicativo dinámico gerencial a todos los pacientes del área de servicio durante el mes.                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4 | Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -Cumplir con las actividades inherentes al objeto contractual para el mejoramiento de la calidad de la atención y aquellas incluidas dentro de los planes de mejoramiento de los estándares de habilitación y participar en la adherencia a la acreditación de los servicios de salud, así como los que se formulan en el plano obligatorio anual y el plan de gestión, guías, protocolos y procedimientos de integridad de la subred sur.                                                         | -Lista de asistencia a las actividades, capacitaciones y socializaciones realizadas durante el mes reunión mensual de urgencias de la subred y del servicio de urgencias de la USS Meissen, soportes de cursos realizados en la plataforma.                                                                                                                            |
| 5 | Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción medica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institucion.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -Administrar medicamentos utilizando los 12 correctos de la administración y normas de bioseguridad establecidas por la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | -Notas de enfermería dosificación, lavado de manos, descargue de medicamentos en el aplicativo dinámica gerencial, reporte de eventos secundarios a la administración de medicamentos.                                                                                                                                                                                 |
| 6 | Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -Activación de los diferentes planes de contingencia dispuesto en la subred sur como activación de la línea rosa para código blanco, violencia intrafamiliar mayor o menor a 72 horas según protocolo institucional.                                                                                                                                                                                                                                                                               | -Realización de notas de enfermería en el caso de códigos blancos además de los procedimientos y custodias realizados a los pacientes, registro telefónico en la línea rosa.                                                                                                                                                                                           |
| 7 | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -Trabajo en equipo con las diferentes especialidades en la subred sur y a quienes es necesario realizar tramites de referencia y contra referencia para manejo en UCI de manera oportuna para la continuidad en los cuidados y tratamientos al paciente de los pacientes que lo requieran en el servicio, radicar los requerimientos no ofertados en la subred sur.                                                                                                                                | -Libro de seguimientos en la oficina de referencia y contra referencia seguimiento de traslados en el Siasur en la USS Meissen de los pacientes del servicio en el mes.                                                                                                                                                                                                |

|    |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales                                                                                  | -Realizar dosificación de medicamentos de los pacientes que ingresan al servicio de reanimación urgencias, seguimiento de formatos de carro de paro del servicio de reanimación, realizar seguimiento de la temperatura del carro de paro así como formatos de desinfección y pruebas del desfibrilador. | -Carpets del carro de paro reanimación, formato de desinfección de temperatura e inventarios.                                                                                                                                                                           |
| 9  | Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya | -Supervisar las actividades de los auxiliares de enfermería a cargo con el fin de brindar una atención oportuna y humanizada a todos los pacientes que ingresan al servicio de urgencias.                                                                                                                | -Mejora en la realización de toma de exámenes, toma de electrocardiograma, monitorización de los pacientes, formatos de desinfección del área, notas de enfermería de los auxiliares de enfermería del área en el mes y aplicación de los planes de cuidado propuestos. |
| 10 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                  | -Diligenciar el formato de limpieza y desinfección del carro de paro del servicio, diligenciar el recibo y entrega de turno en el formato establecido por la subred sur.                                                                                                                                 | -Registro en las carpetas de desinfección diaria del carro de paro y equipos biomédicos del área durante el mes, carpeta de entrega y recibo de turno.                                                                                                                  |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                               |                       |               |                |         |                                         |                            |                                                  |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|----------------|---------|-----------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|------------------|
| Periodo al que corresponde el pago                                                                                                     |                       | Fecha de Pago |                |         | Número de Planilla                      | Factura Electrónica        | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | \$ 0             |
| AÑO                                                                                                                                    | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA     | 90771078                                | -                          |                                                  |                  |
| 2025                                                                                                                                   | OCTUBRE               | 2025          | 11             | 14      |                                         |                            |                                                  |                  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                       |               |                |         | CERO PESOS                              |                            |                                                  |                  |
| Item                                                                                                                                   |                       |               |                |         | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado   |
| Pensionado                                                                                                                             |                       |               |                | NO      | PORVENIR                                | \$ 569400                  | \$ 91104                                         | \$ 257500        |
| Salud                                                                                                                                  |                       |               |                |         | SALUD TOTAL                             |                            | \$ 71175                                         | \$ 201200        |
| ARL                                                                                                                                    |                       |               |                | 3       | SURA                                    |                            | \$ 13871                                         | \$ 39300         |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                       |               |                | NO      |                                         | Total                      | \$ 165251                                        | \$ 498000        |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                       |               |                |         |                                         |                            |                                                  |                  |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS |                                         | Número Cuenta              | de                                               | 0550474300098859 |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                       |               |                |         |                                         |                            |                                                  |                  |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                       |               |                |         | USUARIO                                 |                            | FECHA                                            |                  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                       |               |                |         | DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ          |                            | 2025-11-25 19:10:24                              |                  |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                       |               |                |         | DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ          |                            | 2025-11-25 20:30:36                              |                  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                       |               |                |         | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA              |                            | 2025-11-28 18:14:25                              |                  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                       |               |                |         | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA        |                            | 2025-12-03 04:05:03                              |                  |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA |                       |               |                |         | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO          |                            | 2025-12-10 12:40:56                              |                  |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA**  
**DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS**

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                  |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-10              | 2025-10                          | I             | 14/11/2025               | 90771078        | \$498.000     |     |

| 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS002        | Salud Total EPS | 800130907-4 | 200.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 9         | 1.200                 | 0              | 201.200       | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 256.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 9         | 1.500                 | 0              | 257.500       | 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 | 39.000                 |                  |       |                        | 39.000                | 9         | 300                   | 39.300              |                            |                     | 390               | 39.300        | 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                    | 9         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 9         | 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                              | 200.000                             | 201.200       |
| Pensión                | 1                              | 256.000                             | 257.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 39.000                              | 39.300        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 495.000                             | 498.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                        |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                              |
| PT                  | 2267100           | DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ |        | Cli 43 bis sur #78d -3 | 3212714138         | doyurb15@gmail.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           |
| 2025-10              | 2025-10                           | I             | 14/11/2025               | 90771078        | \$498.000     |
|                      |                                   |               |                          |                 | 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 | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | MA     | 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                     | PT   | 2267100               | URBINA ALVAREZ DOYMAR ANGELINA | 57        | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    | 230301 | 1.600.000 | 256.000 | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | EPS002                          | 1.600.000 | 200.000 | 14-11                  | 1.600.000 | 3            | 39.000          |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

BOGOTÁ, Noviembre 25 de 2025

Señora:

URBINA ALVAREZ DOYMAR ANGELINA

PT 2267100CR 95 NO 93 15 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 3 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre                               | Documento  | Tipo | Afiliación  | Sem_c<br>ot | Sem_A<br>nt | Parentesco               | Estado_Afiliación | Fecha_de_desafiliación_EPS | Estado_Actual | Discapacidad |
|--------------------------------------|------------|------|-------------|-------------|-------------|--------------------------|-------------------|----------------------------|---------------|--------------|
| URBINA ALVAREZ<br>DOYMAR<br>ANGELINA | 2267100    | PT   | May-3-2022  | 177         | 26          | COTIZANTE                | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |
| GOMEZ<br>HERNANDEZ<br>DUVIER LUCIO   | 1041264645 | C    | Mar-24-2022 | 177         | 26          | COMPAÑERO(A)             | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |
| GOMEZ PINEDA<br>VALENTINA            | 1062610787 | T    | Mar-24-2022 | 177         | 26          | HIJO MENOR DE 18<br>AÑOS | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón_social_del_aportante               | Usuario_en_contrato | Tipo_de_contrato                               | Estado_de_contrato |
|------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------|--------------------|
| CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS CL | 2267100             | Dependiente                                    | CERRADO            |
| DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ           | 2267100             | Independiente con aporte<br>voluntario a salud | CERRADO            |
| DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ           | 2267100             | Independiente con aporte<br>voluntario a salud | VIGENTE            |

### CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva,

exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Medellin, 25 de noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **DOIMAR ANYELINA URBINA ALVAREZ** con documento de identidad **X2267100**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante                                                          | Centro de trabajo   | Código C.T  | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2024-07-01   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | PRINCIPAL BOGOTA DC | 0000000 001 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |





**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**  
NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

El (La) Señor(a) **DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ**, identificado(a) con Permiso de Protección Temporal **2.267.100**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** con **VINCULACION INICIAL** desde el 02 de febrero de 2023.

La presente certificación se expide el 03 de octubre de 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes



**Tenga en cuenta:**

*Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.*

**BANCO DAVIVIENDA SA****CERTIFICADO**

Por medio de la presente hacemos constar que la señora DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ quien se identifica con PPT No 2267100. Posee en el Banco Davivienda una **CUENTA DE AHORROS DAMAS-NOMINA**

Número de Cuenta      0550474300098859

Estado:                      Vigente

Fecha de apertura      06/12/2022

Dirección Registrada      KR 78 I BIS 50 91

Se expide a solicitud del titular en Bogotá, 02 de octubre de 2025.

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA SA**

GLOTEROA



# Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

**DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ**

C.C 2.267.100

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 05 de octubre 2025

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público



Código: 769345270000



**ENTIDAD DE RESCATE, SALUD Y AMBIENTE EMERBOGOTA SAS**

No. De registro mercantil cámara de comercio Bogotá 3322437 del 12 de enero 2021

NIT: 901444372-9

Nos acogemos a el decreto 115 de 1994, con el decreto 1075 del 26 de mayo 2015

Ministerio de educación nacional.

Educación no formal.



## **HACE CONSTAR QUE:**

**DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ**

*Identificado (a) con número de PPT: 2267100*

*Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:*

**SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO  
(ACLS)**

*Basado en la resolución 3100 del 2019 del Min. Protección social*

*Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.*

*Con una intensidad de 40 horas, Realizado en Bogotá D.C.*

*01-03 DE ENERO DE 2024*

*ACTA No: 5429 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0001.*

*EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.D.C, EL DIA 03 DE ENERO DE 2024 VALIDEZ 2 AÑOS*

EMERBOGOTA SAS  
NIT 901444372-9  
PAUL JEAN VELEZ

PAUL JEAN CLAUDE VELEZ GARZON  
GERENTE GENERAL

ESantana

AIDA ESTEFANIA ALBINO SANTANA  
JEFE DE ENFERMERIA  
DIRECCION ACADEMICA



Correo: [ersa.emerbogotasas@gmail.com](mailto:ersa.emerbogotasas@gmail.com)  
Teléfono: 6012669354 Celular: 3105398323  
Dirección: Calle 34 # 13ª 96 Piso 2

**EMS**





## ENTIDAD DE RESCATE, SALUD Y AMBIENTE EMERBOGOTA SAS

No. De registro mercantil cámara de comercio Bogotá 3322437 del 12 de enero 2021

NIT: 901444372-9

Nos acogemos a el decreto 115 de 1994, con el decreto 1075 del 26 de mayo 2015

Ministerio de educación nacional.

Educación no formal.



## HACE CONSTAR QUE:



## DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ

Identificado (a) con número de PPT No 22.67.100

Teniendo en cuenta que curso y aprobó cumplidamente diplomado de:

### UCI ADULTOS

### (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS)

Basado en la resolución 3100 del 2019 del Min. Protección social

Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

Con una intensidad de 120 horas, Realizado en Bogotá D.C 01 - 20 DE SEPTIEMBRE 2022

ACTA No: 0033 Libro de actas de Diplomados No: 0001.

ENTESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C, EL DÍA 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2022 VALIDEZ 2 AÑOS.



EMERBOGOTÁ SAS  
NIT 901444372-9  
PAUL JEAN VELEZ

PAUL JEAN CLAUDE VELEZ  
GARZON  
GERENTE GENERAL

E. Santana

AIDA ESTEFANIA ALBINO SANTANA JEFE DE  
ENFERMERIA DIRECCION ACADEMICA

Correo: [ersa.emerbogota@gmail.com](mailto:ersa.emerbogota@gmail.com)  
teléfono: 8113042 celular: 3105398323

EMS



## **ENTIDAD DE RESCATE, SALUD Y AMBIENTE EMERBOGOTA SAS**

No. De registro mercantil cámara de comercio Bogotá 3322437 del 12 de enero 2021

NIT: 901444372-9

Nos acogemos a el decreto 115 de 1994, con el decreto 1075 del 26 de mayo 2015

Ministerio de educación nacional.

Educación no formal.



# **DIPLOMADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

## **Contenido:**

- ENFERMERIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
- SEDOANALGESIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
- PREVENCION DE ENFERMEDADES ASOCIADAS (IAAS)
- PROGRAMACION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- OBSTETRICIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
- PATOLOGIAS PRINCIPALES EN UNIDADES DE OBSTETRICIA EN UCI
- ATENCION A VICTIMAS DE QUEMADURAS EN UCI
- COMPLICACIONES AGUDAS DE INFECCIONES (SEPSIS)
- CUIDADO RESPIRATORIO DEL PACIENTE EN UCI
- PROCEDIMIENTOS DE OXIGENOTERAPIA Y AEROSOLTERAPIA

**INTENSIDAD HORARIA: 120 HORAS**

PAUL JEAN CLAUDE VELEZ  
GARZON  
GERENTE GENERAL

Correo: [ersa.emerbogota@gmail.com](mailto:ersa.emerbogota@gmail.com)  
teléfono: 8113042 celular: 3105398323

# CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD

NIT. 80.831.484-8

Educación Informal de acuerdo al decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional

## CERTIFICA QUE

*Doymar Angelina Urbina Alvarez*

PPT. 2267100

## APROBÓ EL CURSO DE

## **TOMA E INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS RAPIDAS DE DIAGNOSTICO EN EL PUNTO DE ATENCION (POCT-OF-CARE TESTING)**

Intensidad 40 horas, dado a los 25 días del Mes de Agosto del 2025  
VALIDEZ 2 DOS AÑOS

  
Leidy K Junca  
Coordinadora Académica



  
Yelson A Pacheco  
Director Académico

capacitacionesampjsalud@gmail.com

3147923051 - 3218298555



**ENTIDAD DE RESCATE, SALUD Y AMBIENTE EMERBOGOTA SAS**

No. De registro mercantil cámara de comercio Bogotá 3322437 del 12 de enero 2021

NIT: 901444372-9

Nos acogemos a el decreto 115 de 1994, con el decreto 1075 del 26 de mayo 2015

Ministerio de educación nacional.

Educación no formal.



## **HACE CONSTAR QUE:**

**DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ**

*Identificado (a) con número de PPT: 2267100*

*Teniendo encuesta que curso y aprobó cumplidamente a la capacitación de:*

**ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ABUSO Y  
VIOLENCIA SEXUAL  
(CODIGO BLANCO)**

*Basado en la resolución 3100 del 2019 del Min. Protección  
social*

*Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009  
o Ley 115 de 1994.*

*Con una intensidad de 40 horas, Realizado en Bogotá D.C.*

**04-07 DE ENERO DE 2024**

**ACTA No: 5430 Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0001.**

**EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., EL DIA 07 DE  
ENERO DE 2024 VALIDEZ 2 AÑOS**

**PAUL JEAN CLAUDE VELEZ GARZON**  
GERENTE GENERAL

**AIDA ESTEFANIA ALBINO SANTANA**  
JEFE DE ENFERMERIA  
DIRECCION ACADEMICA



Correo: [ersa.emerbogotasas@gmail.com](mailto:ersa.emerbogotasas@gmail.com)  
Teléfono: 6012669354 Celular: 3105398323  
Dirección: Calle 34 # 13ª 96 Piso 2

**EMS**





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:***

DOYMAR ANGELINA URBINA ALVREZ

***Identificado con:***

2267100

***Participó y aprobó:***

***El Curso virtual Manejo del Duelo  
Intensidad 12 Horas***

*Lorena Colmenares G.*

***Yeimy Lorena Colmenares González  
Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano***

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

Expedido en la ciudad Bogotá el 23 de July de 2025



SECRETARÍA DE  
**SALUD**



njtP4b6PMS

**Validez 2 años**

# **CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD**



Educación Informal de acuerdo al decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE:

**DOYMAR ANGELINA URBINA ALVAREZ**

**C.C. 2.267.100**

APROBO EL CURSO

**ATENCION EN SALUD A VICTIMAS DE  
ATAQUE CON AGENTE QUIMICO**

Intensidad 40 horas

Dado a los 12 Días del Mes Noviembre del 2024

VALIDEZ 2 DOS AÑOS



Leidy K Junca  
Coordinadora Académica



Yelson A Pacheco  
Director Académico

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo  
capacitacionesampjsalud@gmail.com  
Contacto: 3147923051 – 3218298555

# ***Certifica Doymar Angelina Urbina Álvarez***

***PPT 2267100 de Bogotá***

**Realizó y aprobó el Curso de Gestión y Administración de Medicamentos  
con un total de 90 Horas.**

Fecha de emisión: 2025-11-08  
Fecha de vencimiento: 2027-11-07

Verificación



**GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ  
REPRESENTANTE LEGAL**



**MARGARITA GUERRERO  
RECTOR**



**CAMILO GARCIA  
DIRECTOR ACADEMICO**

