| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SALOME FAJARDO PIZA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1013687075 | |
| CORREO ELECTRONICO: | SALOFAPIZ12@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3046070363 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG OBSERVACIÓN PEDIÁTRICAS HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE11B05 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | NU COLOMBIA COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO SA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 95041128 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3325 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 248 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 775 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ENFERMERO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-01-01 | | 2026-01-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,984,120 | | | | |
| 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: | $44,724,960 |
| VALOR EJECUTADO | $44,210,880 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,984,120 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $514,080 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1078879959 | $1,388,016 | $173,502 | $222,083 | 3 | $33,812 | $429,397 |

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

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. | Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos según órden médica para el manejo de las patologías según el plan integral. | Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos según órden médica para el manejo de las patologías según el plan integral |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Aplicar las normas y el código de ética para el adecuado manejo dela historia clínica | Lista de verificación del adecuado manejo de la historia clínica según la normatividad vigente |
| 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 | Realizar el registro actualizado de la atención, los procedimientos, las actividades e intervenciones, según los indicadores establecidos por la Subred | Presentación de indicadores establecidos por la Subred y registros para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación |
| Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido | Cumplir con el procedimiento establecido para la entrega de turno | Diligenciamiento del formato establecido por la Subred para la entrega de turno |
| Participar en la programación de las actividades del área. | Realizar la programación de actividades del personal a cargo | Formato de asignación de actividades presenta en el formato de entrega de turno |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Realizar el reporte de eventos según la normatividad vigente | Diligenciamiento del formato establecido por la Subred |
| 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. | Identificar las fallas presentes en el servicio | Presentación de acciones de mejora para el servicio |
| Impartir instrucciones al personal a cargo | Dar instrucciones al personal a cargo según competencia | Dar instrucciones al personal a cargo según competencia |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Presentar los formatos e instrumentos según el cargo, como criterio de legibilidad, oportunidad e integralidad | Formato de actividades establecido por la Subred |
| Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio | Realizar los procedimientos a los usuarios según órden médica | Registro en las notas de enfermería y plan de cuidados de enfermería por paciente, presentes en el aplicativo dinámica |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación | Realizar seguimiento a los pacientes según su patología y condición clínica | Registro en las notas de enfermería y plan de cuidados de enfermería por paciente, presentes en el aplicativo dinámica |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Registro en las notas de enfermería y plan de cuidados de enfermería por paciente, presentes en el aplicativo dinámica | Registro en las notas de enfermería y plan de cuidados de enfermería por paciente, presentes en el aplicativo dinámica |
| Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. | Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con las que tenga relación por razón de su cargo | Lista de verificación |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Cumplir con las normas legales, los procedimiento de auditoría y el manual de historias clínicas de la institución | Lista de adherencia a los procesos de calidad |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Reportar oportunamente y de forma veraz el desarrollo del cumplimiento de cada obligación contractual | Informe de actividades mensual |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Custodiar y cuidar los elementos de información que en cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida | ocultamiento o utilización indebida Acta de entrega al terminar contrato |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Asistir a las capacitaciones programadas por la institución BUENAS PRACTICAS DE ENFERMERIA | Formato de asistencia a encuentro aprendizaje continuo asistencia registrada en el aplicativo almera |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en el ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes | Formato de adherencia a los protocolos |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Asistir y participar en las actividades según requerimientos institucionales y extrainstitucionales | Formato de asistencia a encuentro aprendizaje continuo asistencia registrada en el aplicativo almera |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Realizar los registros de las actividades realizadas en la prestación del servicio, según el sistema de información de la Subred | Formato de actividades establecido en los sistemas de información establecidos por la Subred |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | Cotejar las anotaciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por parte del grupo de trabajo | Formato de seguimiento del desempeño |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Presentar planilla como soporte de pago de aportes mensual al sistema de seguridad social en salud según normatividad vigente | Planilla de pago |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizar asignación de actividades del personal a cargo | Formato establecido por la subred |

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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

**DOCUMENTO E Q U I V A L E N T E A FACTURA**

**LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD S U R OCCIDENTE E . S . E**

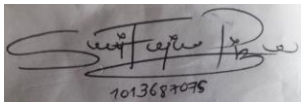
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**SALOME FAJARDO PIZA**
C.C. 1013687075 de BOGOTA

La suma de $ 3.984.120 (**TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CIENTO VEINTE PESOS MCTE)**por concepto de: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de enfermería, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como **ENFERMERA**; en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de **URGENCIAS**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de ENERO de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 3325-2025.**




**SALOME FAJARDO PIZA**
C.C. 1013687075 de BOGOTA
Cel:3046070363
CUENTA DE AHORROS#95041128
Banco: NU COLOMBIA COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2026-01-20, 03:09:21 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | diciembre de 2025 |
| **Empresa** | SALOME FAJARDO PIZA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1013687075 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1078879959 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 2097547317 |
| **Banco** | (1809) - NU |
| **Valor** | $ 493.200 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 255.000 | $ 0 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | $ 199.300 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 38.900 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 493.200 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 493.200 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

Medellín, 26 de enero 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 SALOME FAJARDO PIZA identificado(a) con C1013687075 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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10136870752602682580

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

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

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1013687075 | FAJARDO | PIZA | SALOME | | 2024-03 | Famisanar | BENEFICIARIO |
| CC | 1013687075 | FAJARDO | PIZA | SALOME | | 2025-11 | Famisanar | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Famisanar | 11/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2025 | 13 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2024 | 24 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2024 | 1 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2024 | 29 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2022 | 7 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Famisanar | 07/2022 | 0 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |

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

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Famisanar | 10/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2018 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2017 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2017 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2017 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2017 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2017 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2017 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

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

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

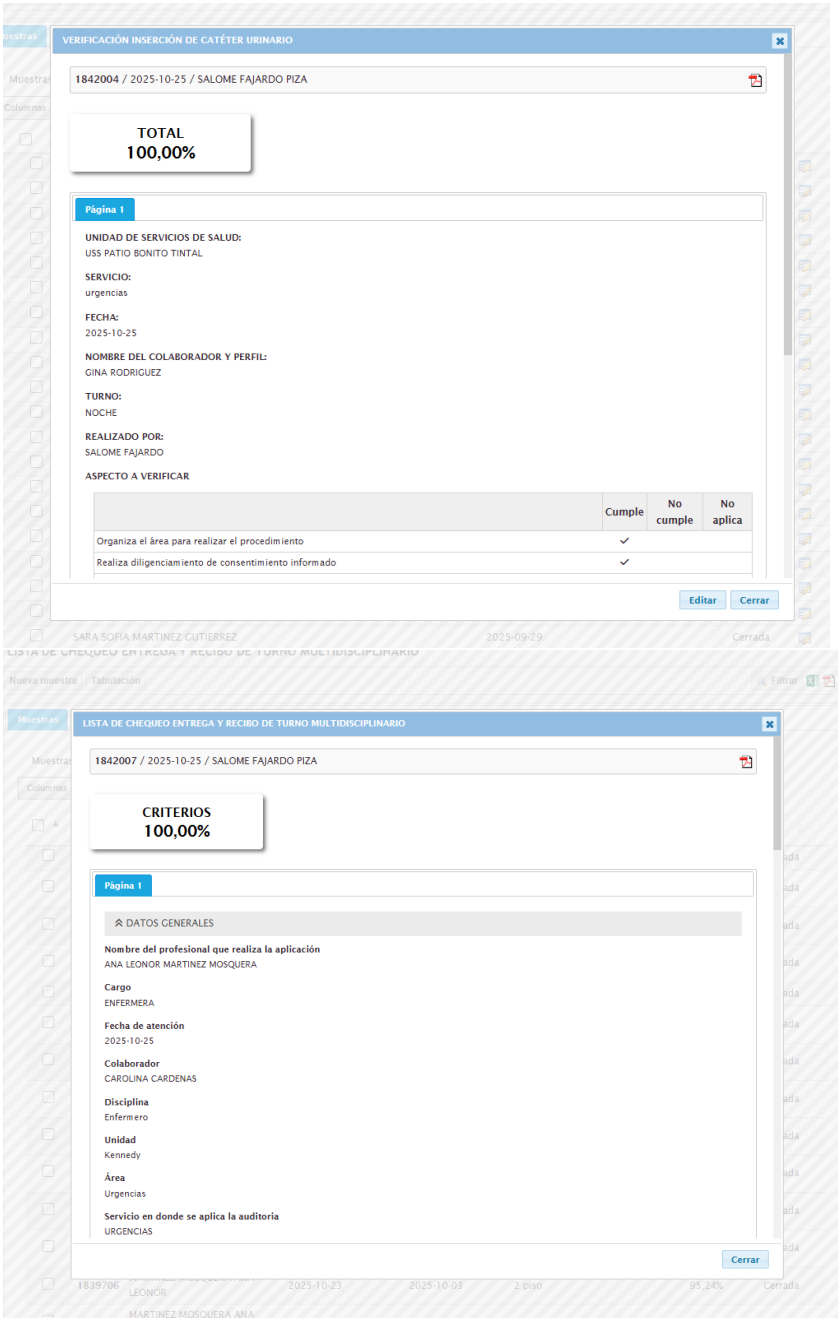
| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | mazo salome.pdf | mazo salome.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | febrero salome.pdf | febrero salome.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO 2025.pdf | MAYO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 2025.pdf | ABRIL 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | junio 2025.pdf | junio 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO 2025.pdf | JULIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO 2025.pdf | AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | OCTUBRE 2025.pdf | OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 2025.pdf | SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | noviembre 2025.pdf | noviembre 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DICIEMBRE 2025 SF.pdf | DICIEMBRE 2025 SF.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

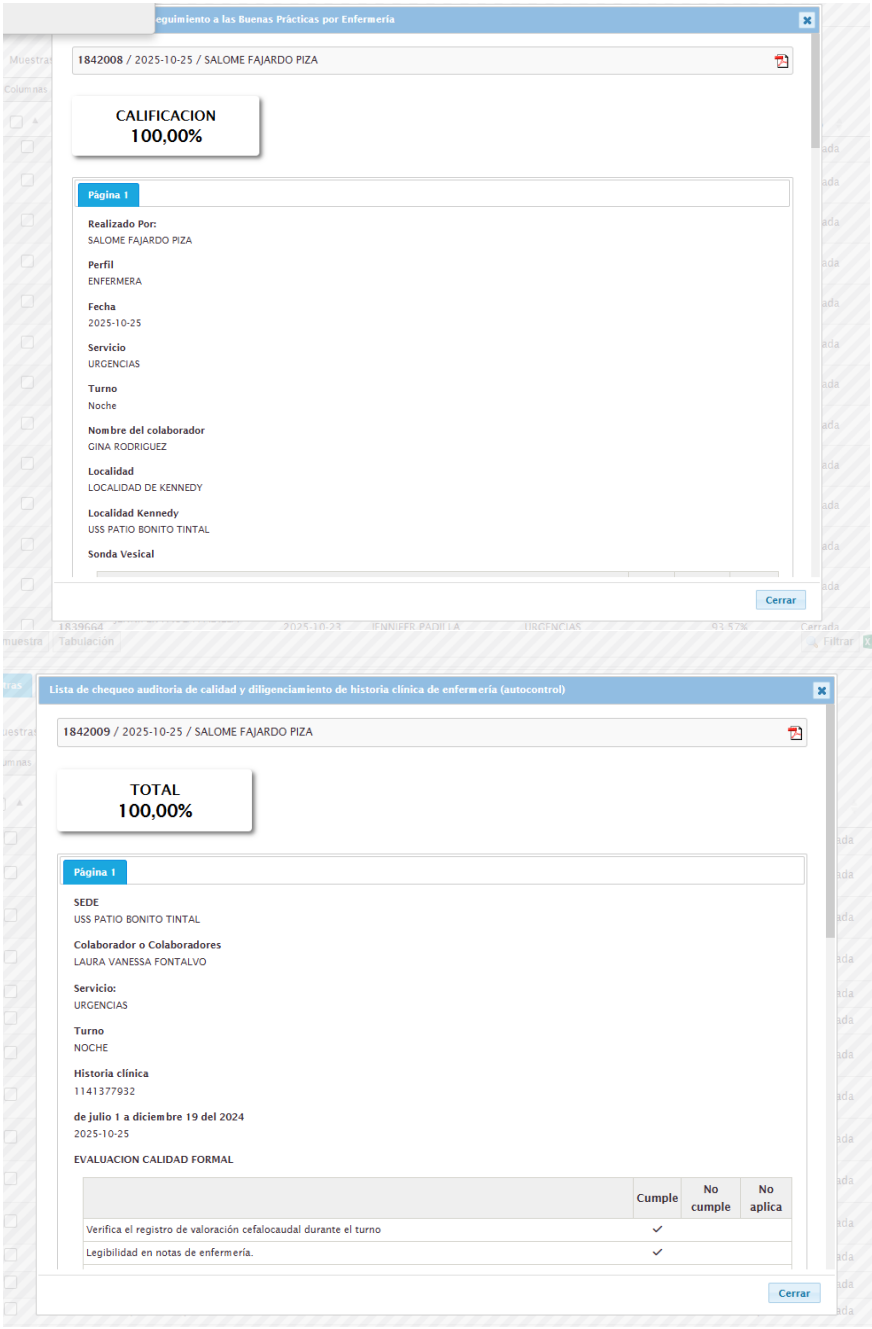
Borrar Cargar nuevo

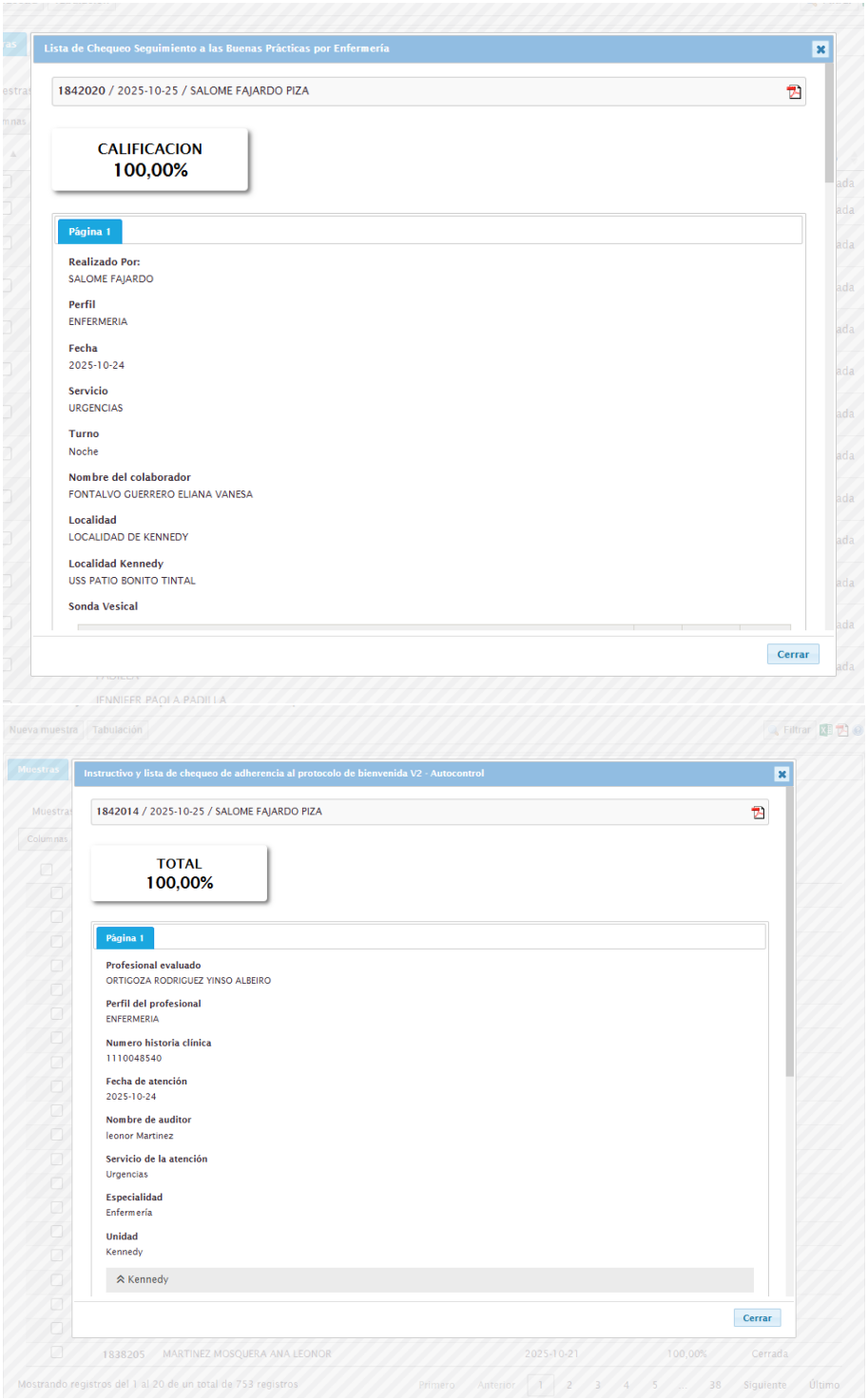
Datos guardados

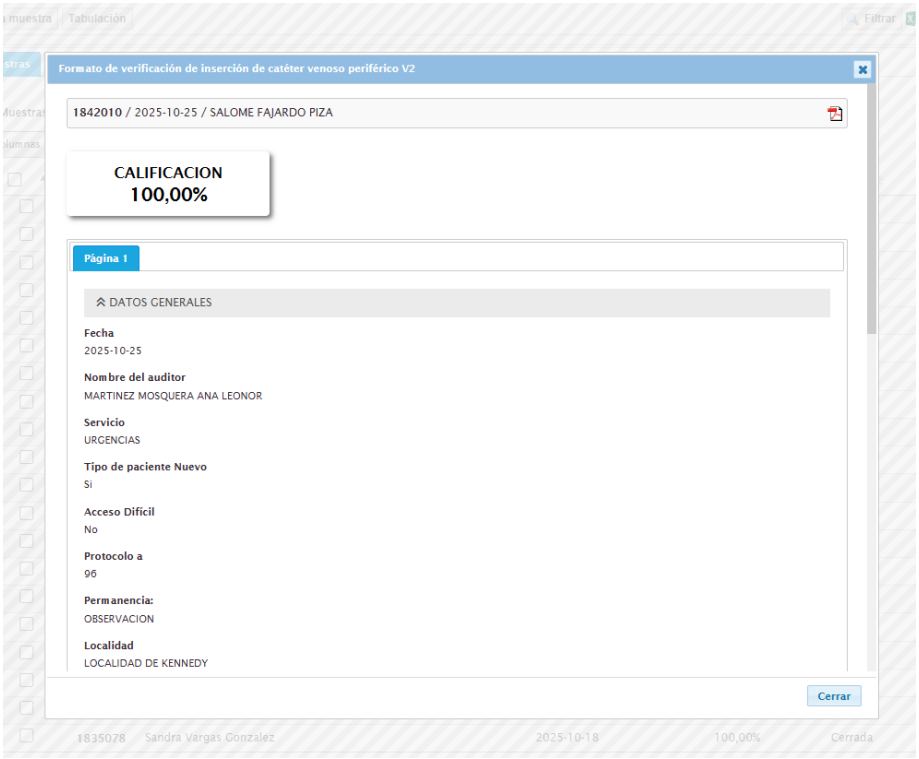
Cancelar

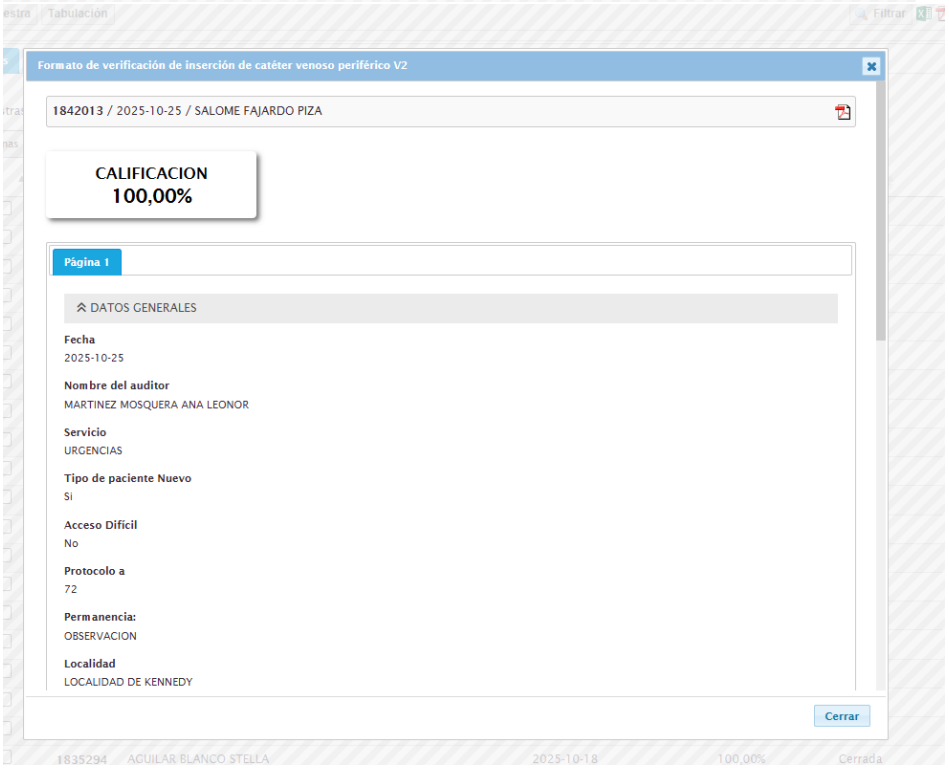
< Evaluación de la Entidad Estatal >

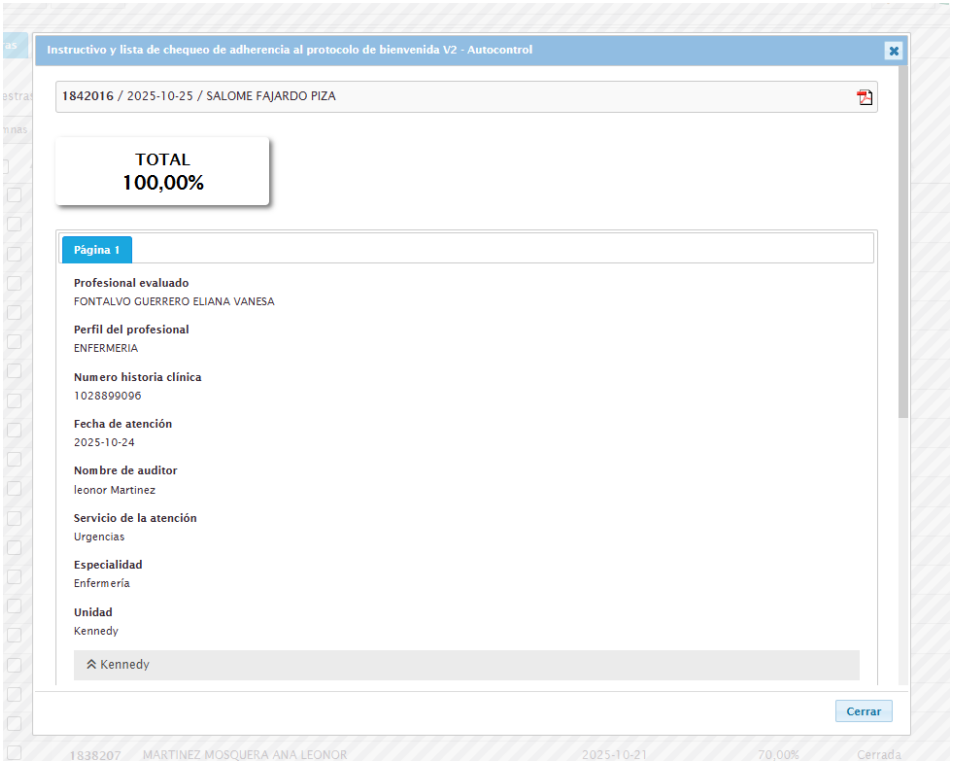

VERIFICACIÓN INSERCIÓN DE CATÉTER URINARIO
1842004 / 2025-10-25 / SALOME FAJARDO PIZA
TOTAL
100,00%
Página 1
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD:
USS PATIO BONITO TINTAL
SERVICIO:
urgencias
FECHA:
2025-10-25
NOMBRE DEL COLABORADOR Y PERFIL:
GINA RODRIGUEZ
TURNO:
NOCHE
REALIZADO POR:
SALOME FAJARDO
ASPECTO A VERIFICAR
Cumple
No cumple
No aplica
Organiza el área para realizar el procedimiento
Realiza diligenciamiento de consentimiento informado
Editar
Cerrar
SARA SOFIA MARTINEZ GUTIERREZ
2025-09-29
Cerrada
LISTA DE CHEQUEO ENTREGA Y RECIBO DE TURNO MULTIDISCIPLINARIO
Nueva muestra
Tabulación
Filtrar
Muestras
LISTA DE CHEQUEO ENTREGA Y RECIBO DE TURNO MULTIDISCIPLINARIO
1842007 / 2025-10-25 / SALOME FAJARDO PIZA
CRITERIOS
100,00%
Página 1
DATOS GENERALES
Nombre del profesional que realiza la aplicación
ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
Cargo
ENFERMERA
Fecha de atención
2025-10-25
Colaborador
CAROLINA CARDENAS
Disciplina
Enfermero
Unidad
Kennedy
Área
Urgencias
Servicio en donde se aplica la auditoria
URGENCIAS
Cerrar
1839706
LEONOR
MARTINEZ MOSQUERA ANA
2025-10-23
2025-10-03
2 piso
95,24%
Cerrada

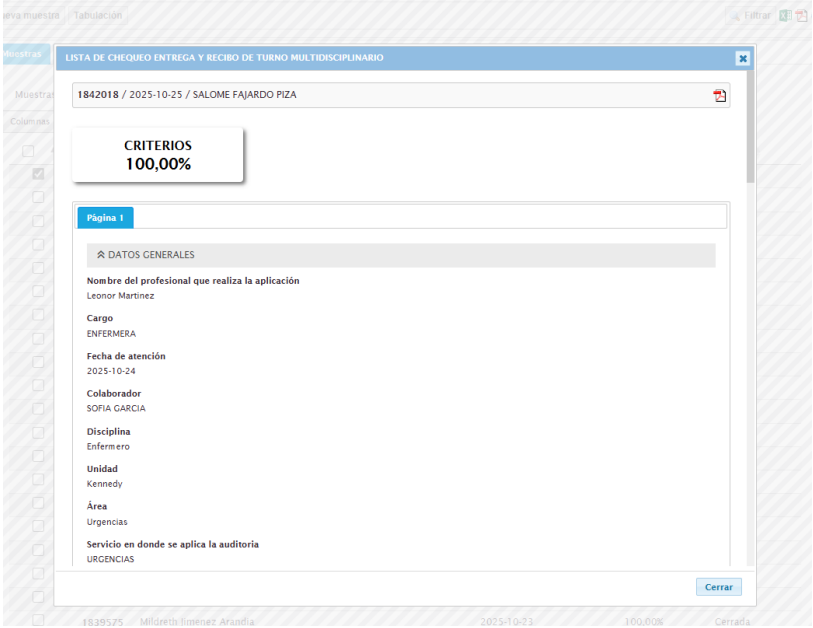

eguimiento a las Buenas Prácticas por Enfermería
1842008 / 2025-10-25 / SALOME FAJARDO PIZA
CALIFICACION
100,00%
Página 1
Realizado Por:
SALOME FAJARDO PIZA
Perfil
ENFERMERA
Fecha
2025-10-25
Servicio
URGENCIAS
Turno
Noche
Nombre del colaborador
GINA RODRIGUEZ
Localidad
LOCALIDAD DE KENNEDY
Localidad Kennedy
USS PATIO BONITO TINTAL
Sonda Vesical
Cerrar
Lista de chequeo auditoria de calidad y diligenciamiento de historia clínica de enfermería (autocontrol)
1842009 / 2025-10-25 / SALOME FAJARDO PIZA
TOTAL
100,00%
Página 1
SEDE
USS PATIO BONITO TINTAL
Colaborador o Colaboradores
LAURA VANESSA FONTALVO
Servicio:
URGENCIAS
Turno
NOCHE
Historia clínica
1141377932
de julio 1 a diciembre 19 del 2024
2025-10-25
EVALUACION CALIDAD FORMAL
Cumple
No cumple
No aplica
Verifica el registro de valoración cefalocaudal durante el turno
Legibilidad en notas de enfermería.
Cerrar


Lista de Chequeo Seguimiento a las Buenas Prácticas por Enfermería
1842020 / 2025-10-25 / SALOME FAJARDO PIZA
CALIFICACION
100,00%
Página 1
Realizado Por:
SALOME FAJARDO
Perfil
ENFERMERIA
Fecha
2025-10-24
Servicio
URGENCIAS
Turno
Noche
Nombre del colaborador
FONTALVO GUERRERO ELIANA VANESA
Localidad
LOCALIDAD DE KENNEDY
Localidad Kennedy
USS PATIO BONITO TINTAL
Sonda Vesical
Cerrar
Instructivo y lista de chequeo de adherencia al protocolo de bienvenida V2 - Autocontrol
1842014 / 2025-10-25 / SALOME FAJARDO PIZA
TOTAL
100,00%
Página 1
Profesional evaluado
ORTIGOZA RODRIGUEZ YINSO ALBEIRO
Perfil del profesional
ENFERMERIA
Numero historia clínica
1110048540
Fecha de atención
2025-10-24
Nombre de auditor
leonor Martinez
Servicio de la atención
Urgencias
Especialidad
Enfermería
Unidad
Kennedy
Kennedy
Cerrar


Formato de verificación de inserción de catéter venoso periférico V2
1842010 / 2025-10-25 / SALOME FAJARDO PIZA
CALIFICACION
100,00%
Página 1
DATOS GENERALES
Fecha
2025-10-25
Nombre del auditor
MARTINEZ MOSQUERA ANA LEONOR
Servicio
URGENCIAS
Tipo de paciente Nuevo
Si
Acceso Difícil
No
Protocolo a
96
Permanencia:
OBSERVACION
Localidad
LOCALIDAD DE KENNEDY
Cerrar


Formato de verificación de inserción de catéter venoso periférico V2
1842013 / 2025-10-25 / SALOME FAJARDO PIZA
CALIFICACION
100,00%
Página 1
DATOS GENERALES
Fecha
2025-10-25
Nombre del auditor
MARTINEZ MOSQUERA ANA LEONOR
Servicio
URGENCIAS
Tipo de paciente Nuevo
Si
Acceso Difícil
No
Protocolo a
72
Permanencia:
OBSERVACION
Localidad
LOCALIDAD DE KENNEDY
Cerrar


Instructivo y lista de chequeo de adherencia al protocolo de bienvenida V2 - Autocontrol
1842016 / 2025-10-25 / SALOME FAJARDO PIZA
TOTAL
100,00%
Página 1
Profesional evaluado
FONTALVO GUERRERO ELIANA VANESA
Perfil del profesional
ENFERMERIA
Numero historia clínica
1028899096
Fecha de atención
2025-10-24
Nombre de auditor
leonor Martinez
Servicio de la atención
Urgencias
Especialidad
Enfermería
Unidad
Kennedy
Kennedy
Cerrar
1838207 MARTINEZ MOSQUERA ANA LEONOR 2025-10-21 70,00% Cerrada


LISTA DE CHEQUEO ENTREGA Y RECIBO DE TURNO MULTIDISCIPLINARIO
1842018 / 2025-10-25 / SALOME FAJARDO PIZA
CRITERIOS
100,00%
Página 1
DATOS GENERALES
Nombre del profesional que realiza la aplicación
Leonor Martinez
Cargo
ENFERMERA
Fecha de atención
2025-10-24
Colaborador
SOFIA GARCIA
Disciplina
Enfermero
Unidad
Kennedy
Área
Urgencias
Servicio en donde se aplica la auditoria
URGENCIAS
Cerrar
1839575 Mildreth Jiménez Arandia 2025-10-23 100,00% Cerrada