| 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: | loren sofia espitia benitez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012340815 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lorenespitia620@gmail.com | | | | CELULAR: | 3208415629 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37I05 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488453434356 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 933 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 291 | FECHA | 2026-01-19 06:12:54.000 | NÚMERO DE CRP | 11566 | FECHA | 2026-02-01 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL 2026-02-01 | HASTA | FECHA FINAL 2026-02-17 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $248,940 | | | | |
| 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: | $10,289,520 |
| VALOR EJECUTADO | $2,572,380 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $248,940 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $7,717,140 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 25% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 41414338 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los diecisiete(17) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

carlos alberto corredor
1070020178
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 |
|---|---|---|
| 1-Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente | Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente. | ENTREGA DE TURNO |
| 2-Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| 3-Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| 4-Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención | Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención | CUANDO SE REQUIERAN |
| 5-Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. | Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento | ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO |
| 6-Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES |
| 7-Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES |
| 8-Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. | Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio. | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION |
| 9-Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible. | Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION |
| 10-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 requerimientos de la Subred | PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES |
| 11-Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | FORMATO INSTITUCIONAL |
| 12-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 entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | CUANDO SE REQUIERA |
| 13-Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | CUANDO LO REQUIERAN |
| 14-Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | CUANDO SE REQUIERA |
| 15-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, además de apoyar la implementación de los mismos. | SISTEMA DE INFORMACION |
| 16-Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | CUANDO LO REQUIERAN |
| 17-Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | SISTEMA DE INFORMACION |
| 18-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 | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila) |
| 19-Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | CUANDO LO REQUIERAN |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

carlos alberto corredor
1070020178
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 EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

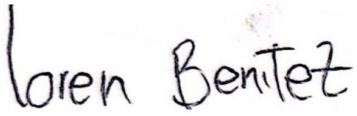
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LOREN SOFIA ESPITIA BENITEZ**

**C.C 1.012.340.815**

La suma de $ 248.940 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA durante el periodo del 01 al 17 de FEBRERO 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 933-2026

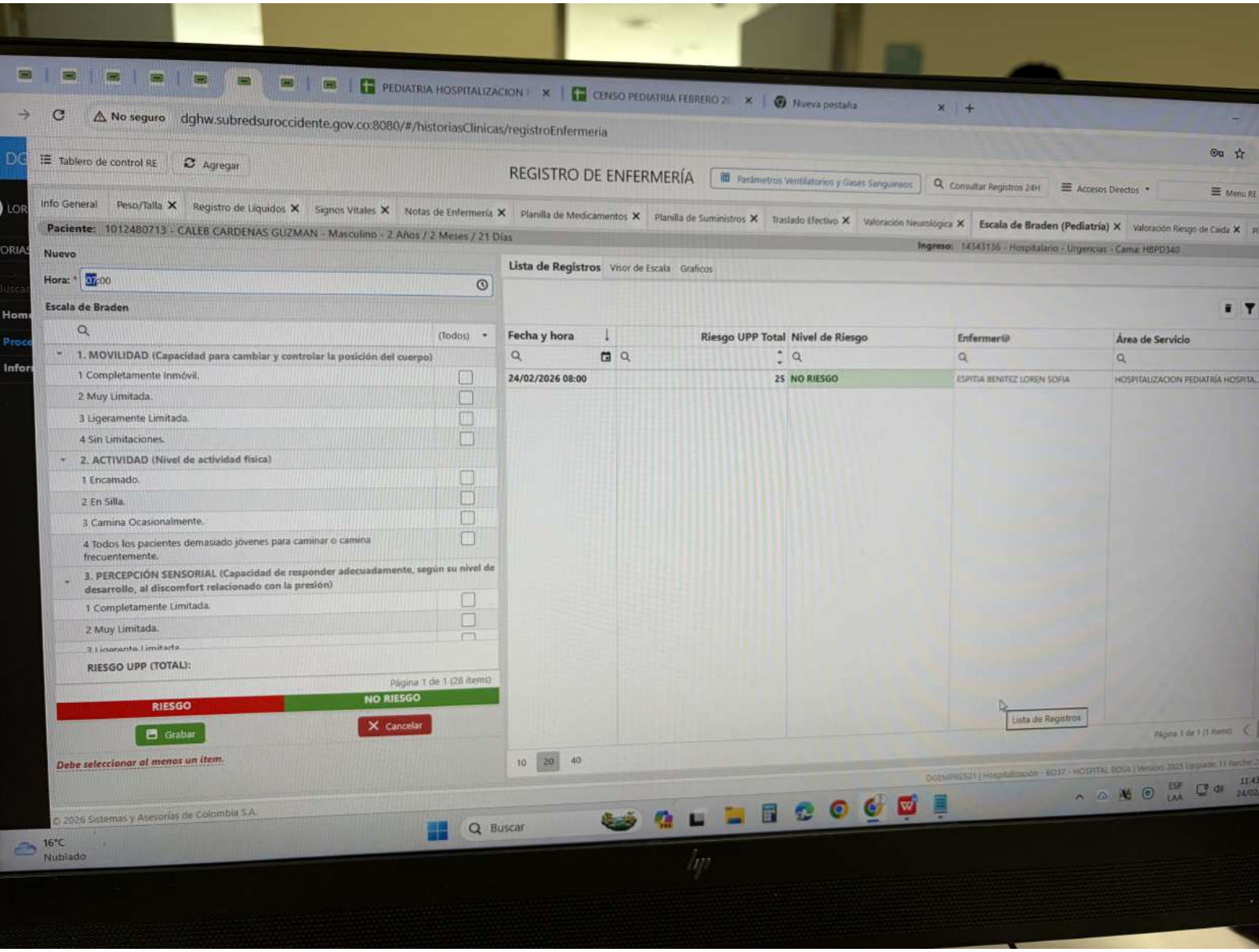


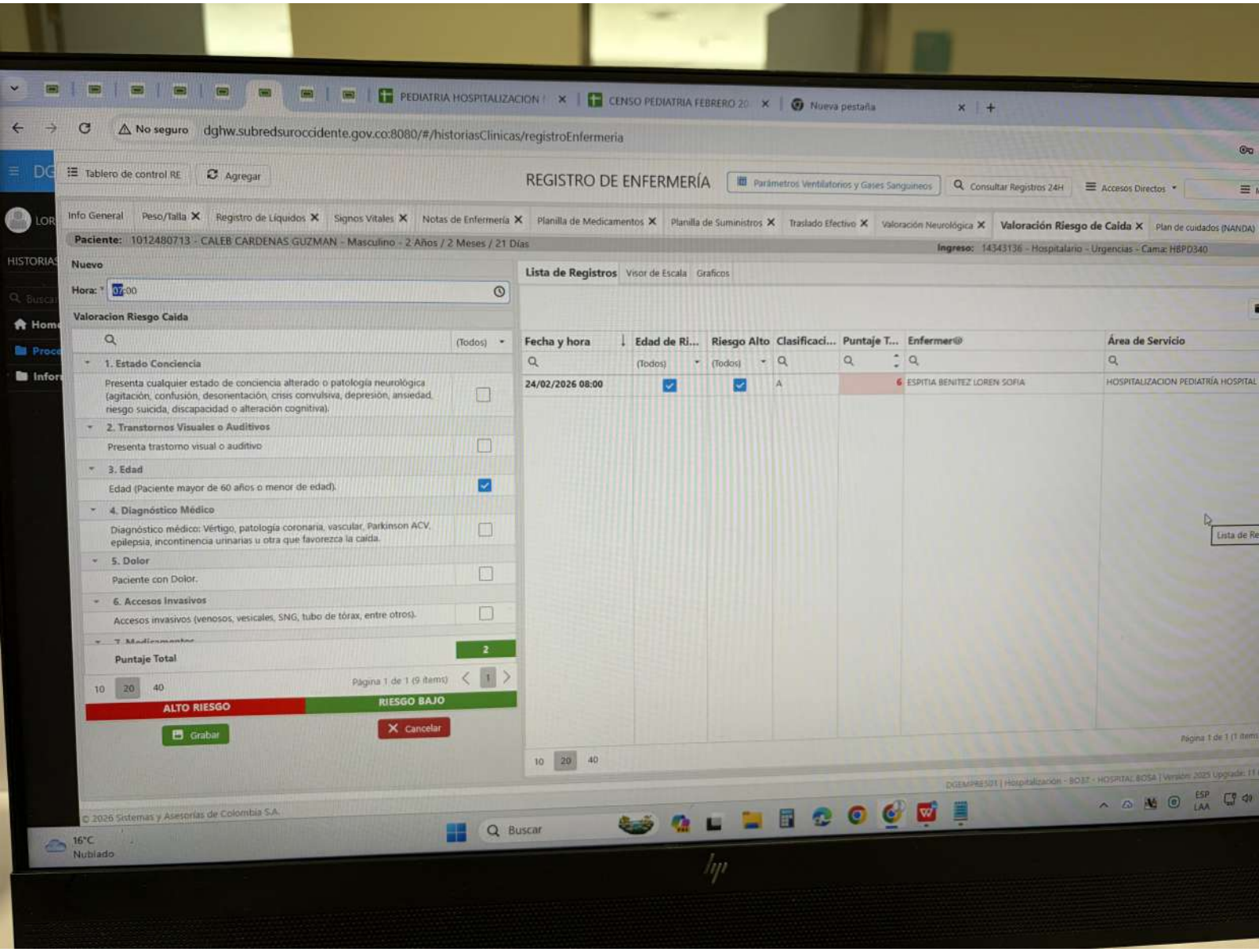
**LOREN SOFIA ESPITIA BENITEZ**

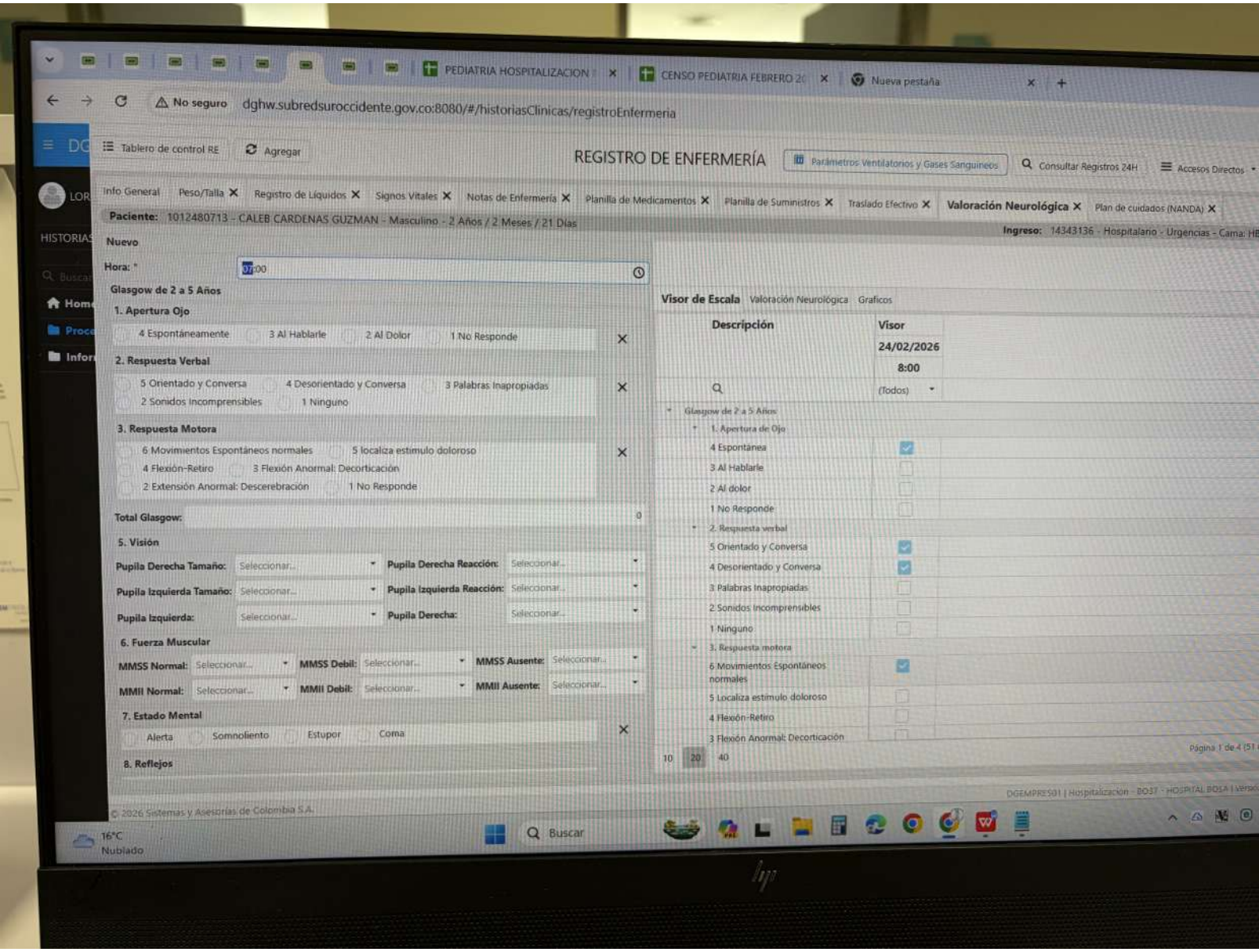
**C.C 1.012.340.815**

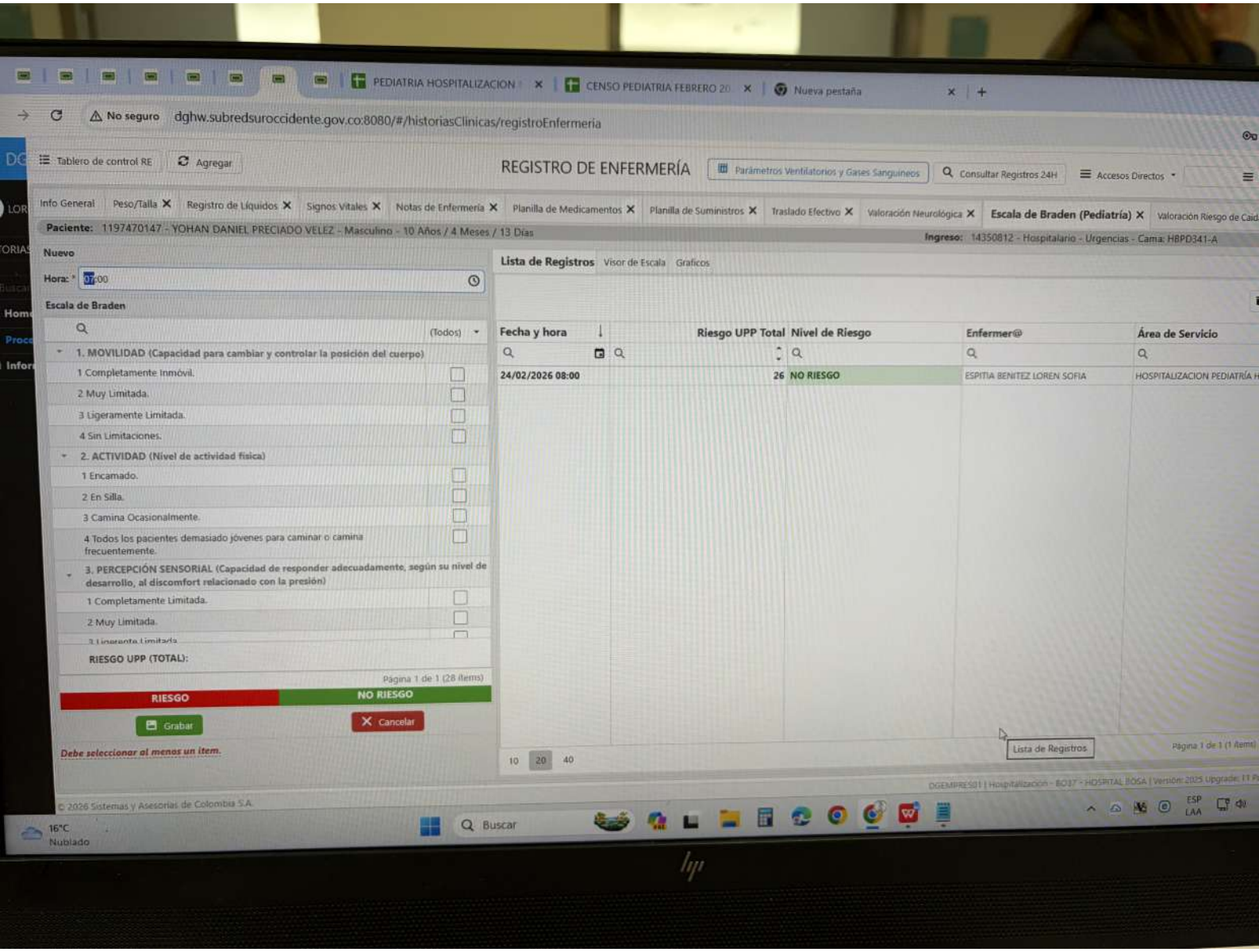
**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

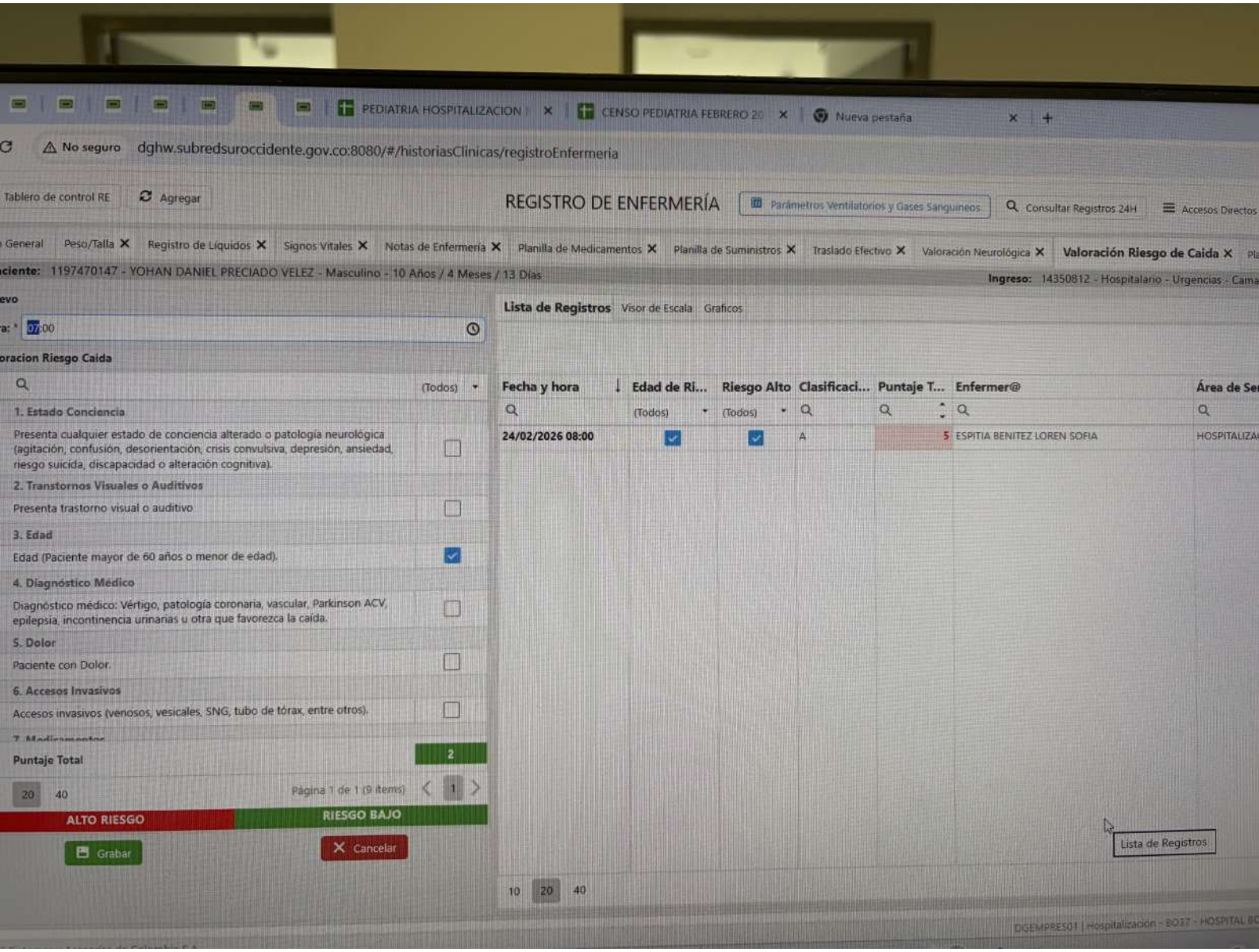
**NUMERO** 550488453434356

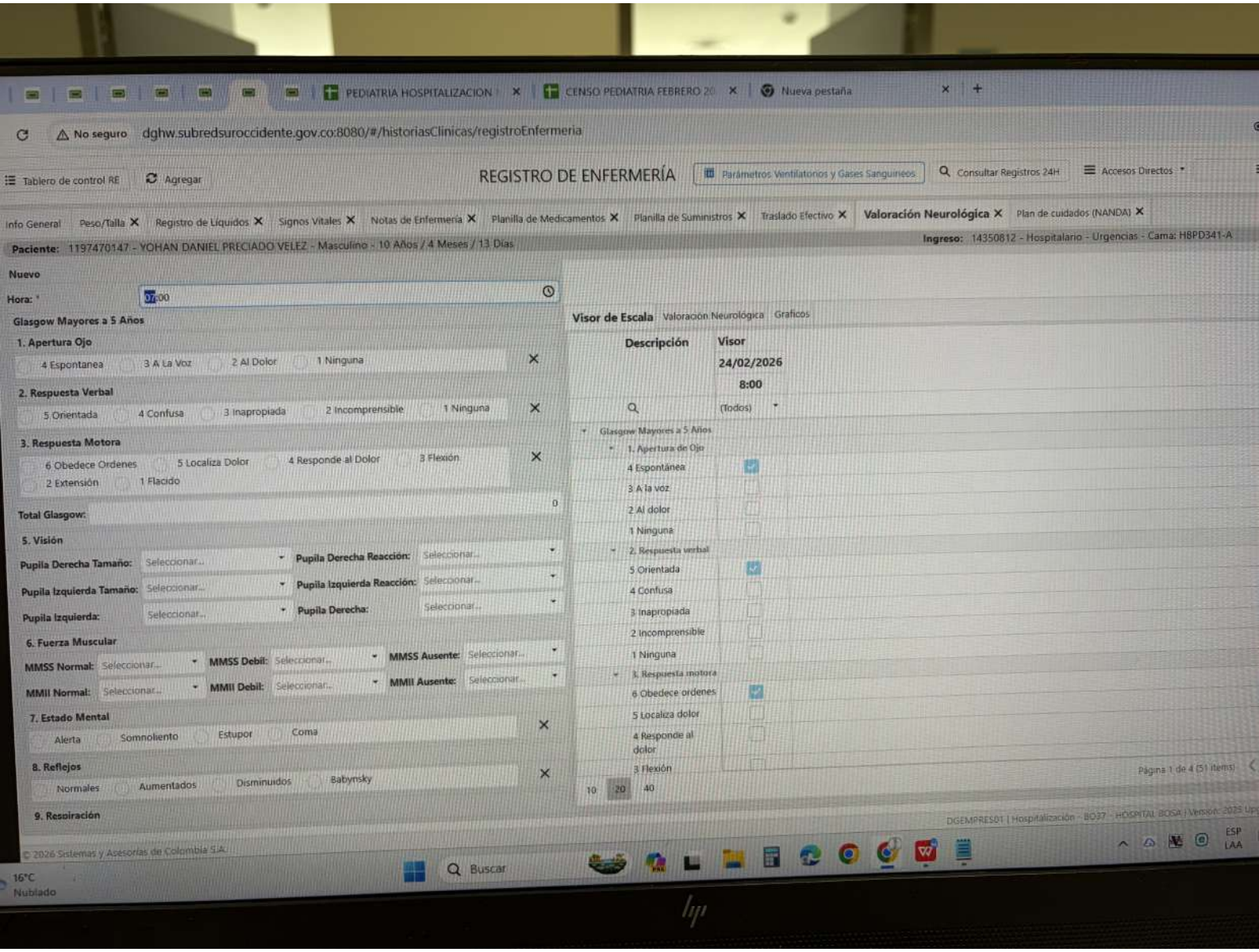

PEDIATRIA HOSPITALIZACION
CENSO PEDIATRIA FEBRERO 2
Nueva pestaña
No seguro
dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria
Tablero de control RE
Agregar
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguineos
Consultar Registros 24H
Accesos Directos
Menu RE
Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Valoración Neurológica
Escala de Braden (Pediatría)
Valoración Riesgo de Caída
Paciente: 1012480713 - CALEB CARDENAS GUZMAN - Masculino - 2 Años / 2 Meses / 21 Días
Ingreso: 14343136 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBPD340
Nuevo
Hora: * 07:00
Escala de Braden
(Todos)
1. MOVILIDAD (Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo)
1 Completamente inmóvil.
2 Muy Limitada.
3 Ligeramente Limitada.
4 Sin Limitaciones.
2. ACTIVIDAD (Nivel de actividad física)
1 Encamado.
2 En Silla.
3 Camina Ocasionalmente.
4 Todos los pacientes demasiado jóvenes para caminar o camina frecuentemente.
3. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad de responder adecuadamente, según su nivel de desarrollo, al discomfort relacionado con la presión)
1 Completamente Limitada.
2 Muy Limitada.
RIESGO UPP (TOTAL):
Página 1 de 1 (28 items)
RIESGO
NO RIESGO
Grabar
Cancelar
Debe seleccionar al menos un item.
Lista de Registros
Visor de Escala
Graficos
Fecha y hora
Riesgo UPP Total
Nivel de Riesgo
Enfermer@
Área de Servicio
24/02/2026 08:00
25
NO RIESGO
ESPITIA BENITEZ LOREN SOFIA
HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITA...
Lista de Registros
10
20
40
© 2026 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.
Buscar
16°C
Nublado

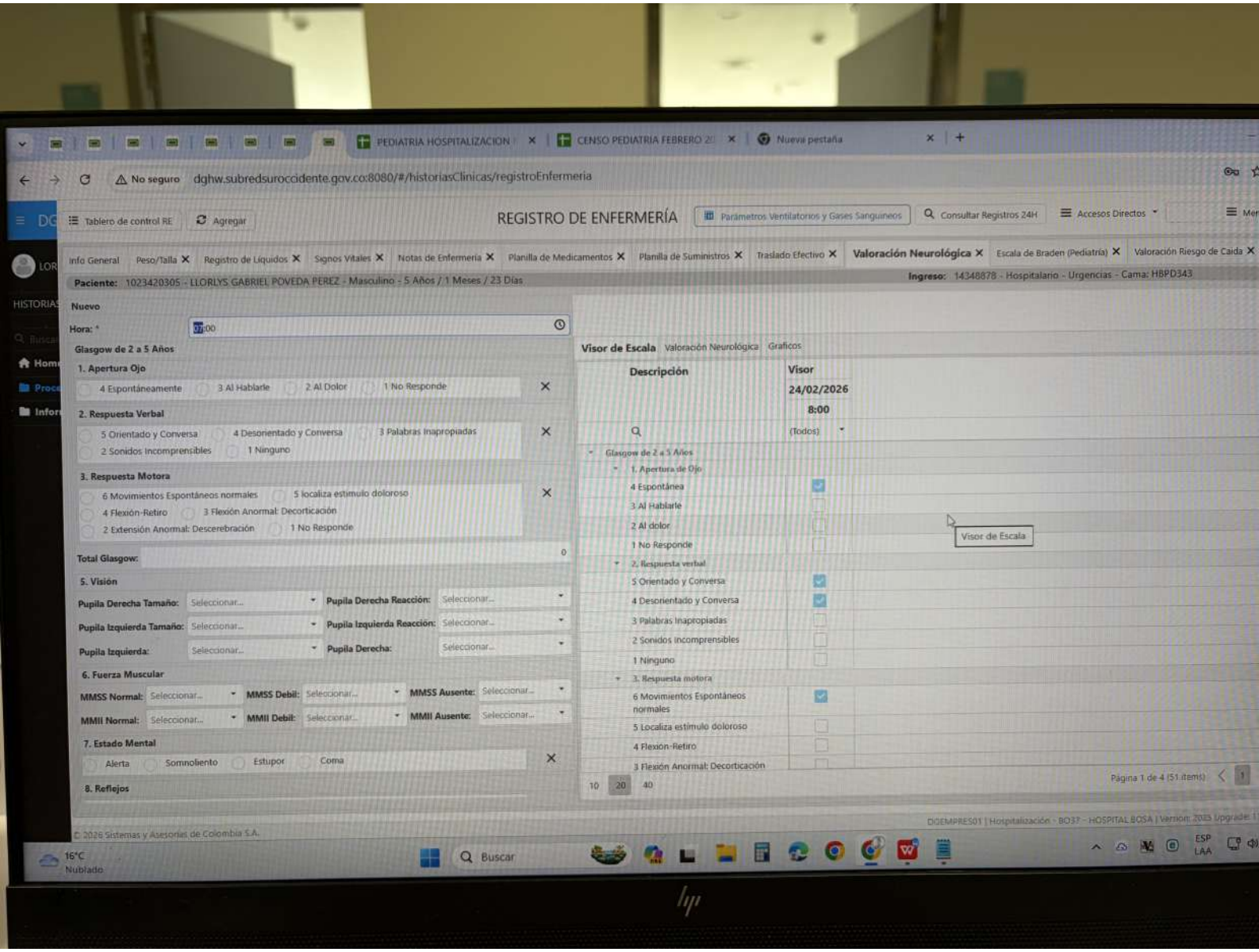

PEDIATRIA HOSPITALIZACION
CENSO PEDIATRIA FEBRERO 20
Nueva pestaña
No seguro
dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria
Tablero de control RE
Agregar
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos
Consultar Registros 24H
Accesos Directos
Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Valoración Neurológica
Valoración Riesgo de Caída
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 1012480713 - CALEB CARDENAS GUZMAN - Masculino - 2 Años / 2 Meses / 21 Días
Ingreso: 14343136 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBPD340
Nuevo
Hora: 07:00
Valoracion Riesgo Caida
1. Estado Conciencia
Presenta cualquier estado de conciencia alterado o patología neurológica (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsiva, depresión, ansiedad, riesgo suicida, discapacidad o alteración cognitiva).
2. Transtornos Visuales o Auditivos
Presenta trastorno visual o auditivo
3. Edad
Edad (Paciente mayor de 60 años o menor de edad).
4. Diagnóstico Médico
Diagnóstico médico: Vértigo, patología coronaria, vascular, Parkinson ACV, epilepsia, incontinencia urinarias u otra que favorezca la caída.
5. Dolor
Paciente con Dolor.
6. Accesos Invasivos
Accesos invasivos (venosos, vesicales, SNG, tubo de tórax, entre otros).
Puntaje Total
2
ALTO RIESGO
RIESGO BAJO
Grabar
Cancelar
Lista de Registros
Visor de Escala
Graficos
Fecha y hora
Edad de Ri...
Riesgo Alto
Clasificaci...
Puntaje T...
Enfermer@
Área de Servicio
24/02/2026 08:00
ESPITIA BENITEZ LOREN SOFIA
HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL
© 2026 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.
16°C
Nublado
Buscar

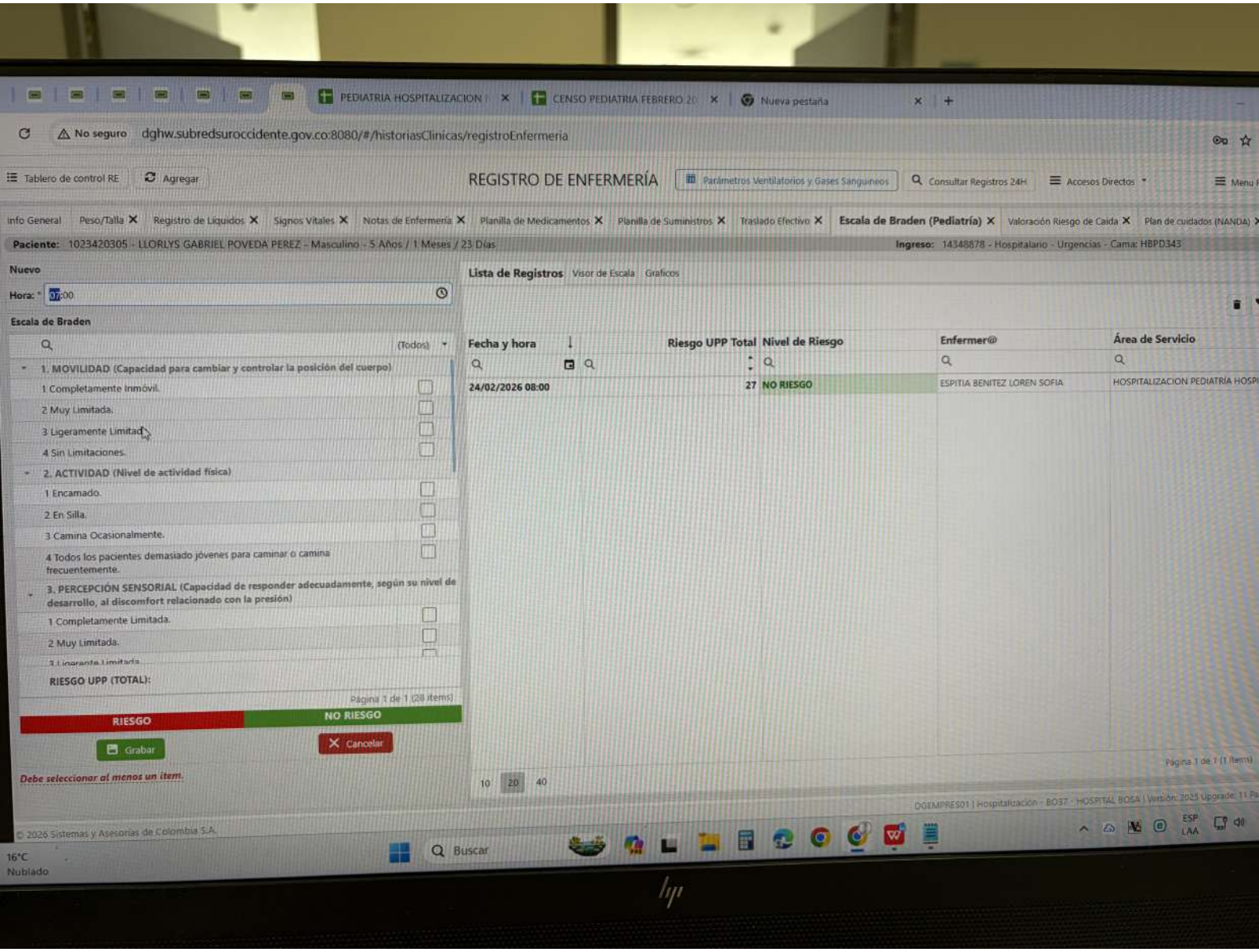

PEDIATRIA HOSPITALIZACION
CENSO PEDIATRIA FEBRERO 2(
Nueva pestaña
No seguro
dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria
Tablero de control RE
Agregar
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos
Consultar Registros 24H
Accesos Directos
Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Valoración Neurológica
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 1012480713 - CALEB CARDENAS GUZMAN - Masculino - 2 Años / 2 Meses / 21 Días
Ingreso: 14343136 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HB
Nuevo
Hora: *
07:00
Glasgow de 2 a 5 Años
1. Apertura Ojo
4 Espontáneamente
3 Al Hablarle
2 Al Dolor
1 No Responde
2. Respuesta Verbal
5 Orientado y Conversa
4 Desorientado y Conversa
3 Palabras Inapropiadas
2 Sonidos Incomprensibles
1 Ninguno
3. Respuesta Motora
6 Movimientos Espontáneos normales
5 localiza estimulo doloroso
4 Flexión-Retiro
3 Flexión Anormal: Decorticación
2 Extensión Anormal: Descerebración
1 No Responde
Total Glasgow:
0
5. Visión
Pupila Derecha Tamaño:
Seleccionar...
Pupila Derecha Reacción:
Pupila Izquierda Tamaño:
Pupila Izquierda Reacción:
Pupila Izquierda:
Pupila Derecha:
6. Fuerza Muscular
MMSS Normal:
MMSS Debil:
MMSS Ausente:
MMII Normal:
MMII Debil:
MMII Ausente:
7. Estado Mental
Alerta
Somnoliento
Estupor
Coma
8. Reflejos
Visor de Escala
Valoración Neurológica
Graficos
Descripción
Visor
24/02/2026
8:00
(Todos)
Glasgow de 2 a 5 Años
1. Apertura de Ojo
4 Espontánea
3 Al Hablarle
2 Al dolor
1 No Responde
2. Respuesta verbal
5 Orientado y Conversa
4 Desorientado y Conversa
3 Palabras Inapropiadas
2 Sonidos Incomprensibles
1 Ninguno
3. Respuesta motora
6 Movimientos Espontáneos normales
5 Localiza estimulo doloroso
4 Flexión-Retiro
3 Flexión Anormal: Decorticación
10
20
40
Página 1 de 4 (51
DGEMPRES01 | Hospitalización - BOS7 - HOSPITAL BOSA I Versio
© 2026 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.
16°C
Nublado
Buscar

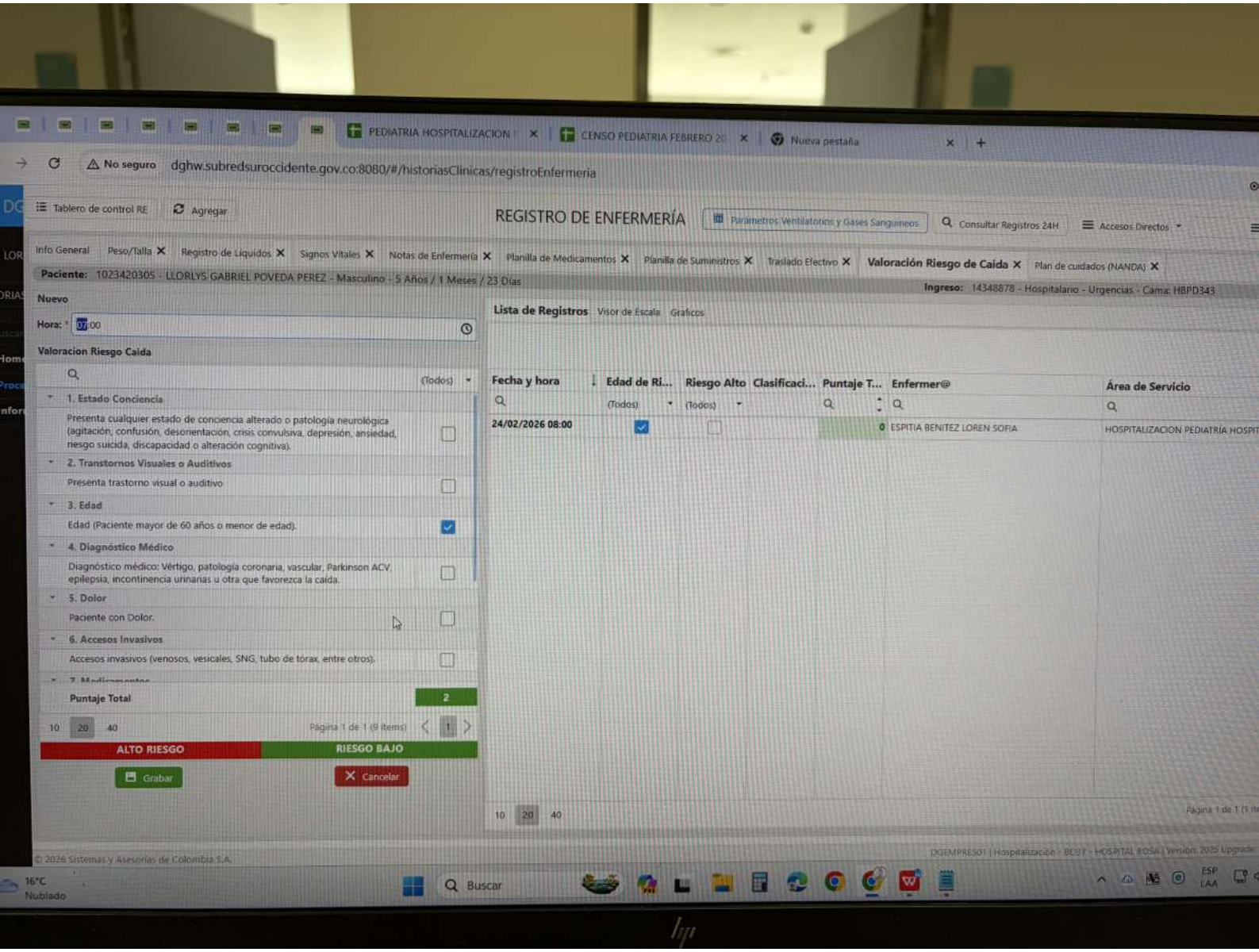

PEDIATRIA HOSPITALIZACION
CENSO PEDIATRIA FEBRERO 20
Nueva pestaña
No seguro
dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria
Tablero de control RE
Agregar
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos
Consultar Registros 24H
Accesos Directos
Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Valoración Neurológica
Escala de Braden (Pediatría)
Valoración Riesgo de Caíd
Paciente: 1197470147 - YOHAN DANIEL PRECIADO VELEZ - Masculino - 10 Años / 4 Meses / 13 Dias
Ingreso: 14350812 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBPD341-A
Nuevo
Hora: * 07:00
Escala de Braden
(Todos)
1. MOVILIDAD (Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo)
1 Completamente Inmóvil.
2 Muy Limitada.
3 Ligeramente Limitada.
4 Sin Limitaciones.
2. ACTIVIDAD (Nivel de actividad física)
1 Encamado.
2 En Silla.
3 Camina Ocasionalmente.
4 Todos los pacientes demasiado jóvenes para caminar o camina frecuentemente.
3. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad de responder adecuadamente, según su nivel de desarrollo, al discomfort relacionado con la presión)
1 Completamente Limitada.
2 Muy Limitada.
RIESGO UPP (TOTAL):
Página 1 de 1 (28 ítems)
RIESGO
NO RIESGO
Grabar
Cancelar
Debe seleccionar al menos un ítem.
Lista de Registros
Visor de Escala
Gráficos
Fecha y hora
Riesgo UPP Total
Nivel de Riesgo
Enfermer@
Área de Servicio
24/02/2026 08:00
26
NO RIESGO
ESPITIA BENITEZ LOREN SOFIA
HOSPITALIZACION PEDIATRÍA H
10
20
40
Lista de Registros
Página 1 de 1 (1 ítem)
© 2026 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.
16°C
Nublado
Buscar
ESP
LAA


PEDIATRIA HOSPITALIZACION
CENSO PEDIATRIA FEBRERO 20
Nueva pestaña
No seguro
dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria
Tablero de control RE
Agregar
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguineos
Consultar Registros 24H
Accesos Directos
General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Valoración Neurológica
Valoración Riesgo de Caida
ciente: 1197470147 - YOHAN DANIEL PRECIADO VELEZ - Masculino - 10 Años / 4 Meses / 13 Días
Ingreso: 14350812 - Hospitalario - Urgencias - Cama
evo
a: * 07:00
oracion Riesgo Caida
(Todos)
1. Estado Conciencia
Presenta cualquier estado de conciencia alterado o patología neurológica (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsiva, depresión, ansiedad, riesgo suicida, discapacidad o alteración cognitiva).
2. Transtornos Visuales o Auditivos
Presenta trastorno visual o auditivo
3. Edad
Edad (Paciente mayor de 60 años o menor de edad).
4. Diagnóstico Médico
Diagnóstico médico: Vértigo, patología coronaria, vascular, Parkinson ACV, epilepsia, incontinencia urinarias u otra que favorezca la caida.
5. Dolor
Paciente con Dolor.
6. Accesos Invasivos
Accesos invasivos (venosos, vesicales, SNG, tubo de tórax, entre otros).
Puntaje Total
2
20
40
Página 1 de 1 (9 ítems)
1
ALTO RIESGO
RIESGO BAJO
Grabar
Cancelar
Lista de Registros
Visor de Escala
Graficos
Fecha y hora
Edad de Ri...
Riesgo Alto
Clasificaci...
Puntaje T...
Enfermer@
Área de Se
(Todos)
(Todos)
24/02/2026 08:00
A
5
ESPITIA BENITEZ LOREN SOFIA
HOSPITALIZA
Lista de Registros
10
20
40


PEDIATRIA HOSPITALIZACION
CENSO PEDIATRIA FEBRERO 20
Nueva pestaña
No seguro
dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria
Tablero de control RE
Agregar
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos
Consultar Registros 24H
Accesos Directos
Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Valoración Neurológica
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 1197470147 - YOHAN DANIEL PRECIADO VELEZ - Masculino - 10 Años / 4 Meses / 13 Días
Ingreso: 14350812 - Hospitalario - Urgencias - Cama: H8PD341-A
Nuevo
Hora: *
07:00
Glasgow Mayores a 5 Años
1. Apertura Ojo
4 Espontanea
3 A La Voz
2 Al Dolor
1 Ninguna
2. Respuesta Verbal
5 Orientada
4 Confusa
3 Inapropiada
2 Incomprensible
1 Ninguna
3. Respuesta Motora
6 Obedece Ordenes
5 Localiza Dolor
4 Responde al Dolor
3 Flexión
2 Extensión
1 Flacido
Total Glasgow:
0
5. Visión
Pupila Derecha Tamaño:
Seleccionar...
Pupila Derecha Reacción:
Pupila Izquierda Tamaño:
Pupila Izquierda Reacción:
Pupila Izquierda:
Pupila Derecha:
6. Fuerza Muscular
MMSS Normal:
MMSS Debil:
MMSS Ausente:
MMII Normal:
MMII Debil:
MMII Ausente:
7. Estado Mental
Alerta
Somnoliento
Estupor
Coma
8. Reflejos
Normales
Aumentados
Disminuidos
Babynsky
9. Respiración
Visor de Escala
Valoración Neurológica
Graficos
Descripción
Visor
24/02/2026
8:00
(Todos)
Glasgow Mayores a 5 Años
1. Apertura de Ojo
4 Espontánea
3 A la voz
2 Al dolor
1 Ninguna
2. Respuesta verbal
5 Orientada
4 Confusa
3 Inapropiada
2 Incomprensible
1 Ninguna
3. Respuesta motora
6 Obedece ordenes
5 Localiza dolor
4 Responde al dolor
3 Flexión
Página 1 de 4 (51 items)
10
20
40
DGEMPRESOT | Hospitalización - BO37 - HOSPITAL BOSA | Version: 2025 Up
© 2026 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.
16°C
Nublado
Buscar
ESP
LAA


PEDIATRIA HOSPITALIZACION
CENSO PEDIATRIA FEBRERO 2
Nueva pestaña
No seguro
dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria
Tablero de control RE
Agregar
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos
Consultar Registros 24H
Accesos Directos
Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Valoración Neurológica
Escala de Braden (Pediatría)
Valoración Riesgo de Caída
Paciente: 1023420305 - LLORLYS GABRIEL POVEDA PEREZ - Masculino - 5 Años / 1 Meses / 23 Días
Ingreso: 14348878 - Hospitalario - Urgencias - Cama: H8PD343
Nuevo
Hora: *
07:00
Glasgow de 2 a 5 Años
1. Apertura Ojo
4 Espontáneamente
3 Al Hablarle
2 Al Dolor
1 No Responde
2. Respuesta Verbal
5 Orientado y Conversa
4 Desorientado y Conversa
3 Palabras Inapropiadas
2 Sonidos Incomprensibles
1 Ninguno
3. Respuesta Motora
6 Movimientos Espontáneos normales
5 localiza estímulo doloroso
4 Flexión-Retiro
3 Flexión Anormal: Decorticación
2 Extensión Anormal: Descerebración
1 No Responde
Total Glasgow:
0
5. Visión
Pupila Derecha Tamaño:
Seleccionar...
Pupila Derecha Reacción:
Pupila Izquierda Tamaño:
Pupila Izquierda Reacción:
Pupila Izquierda:
Pupila Derecha:
6. Fuerza Muscular
MMSS Normal:
MMSS Debil:
MMSS Ausente:
MMII Normal:
MMII Debil:
MMII Ausente:
7. Estado Mental
Alerta
Somnoliento
Estupor
Coma
8. Reflejos
Visor de Escala
Valoración Neurológica
Graficos
Descripción
Visor
24/02/2026
8:00
(Todos)
Glasgow de 2 a 5 Años
1. Apertura de Ojo
4 Espontánea
3 Al Hablarle
2 Al dolor
1 No Responde
2. Respuesta verbal
5 Orientado y Conversa
4 Desorientado y Conversa
3 Palabras Inapropiadas
2 Sonidos incomprensibles
1 Ninguno
3. Respuesta motora
6 Movimientos Espontáneos normales
5 Localiza estímulo doloroso
4 Flexion-Retiro
3 Flexión Anormal: Decorticación
Visor de Escala
Página 1 de 4 (51 items)
10
20
40
© 2026 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.
DGEMPRES01 | Hospitalización - BO37 - HOSPITAL BOSA | Version: 2025 Upgrade
16°C
Nublado
Buscar
ESP
LAA


PEDIATRIA HOSPITALIZACION
CENSO PEDIATRIA FEBRERO 20
Nueva pestaña
No seguro
dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria
Tablero de control RE
Agregar
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos
Consultar Registros 24H
Accesos Directos
Menu
info General
Peso/Talla
Registro de Liquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermeria
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Escala de Braden (Pediatría)
Valoración Riesgo de Caida
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 1023420305 - LLORLYS GABRIEL POVEDA PEREZ - Masculino - 5 Años / 1 Meses / 23 Días
Ingreso: 14348878 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBPD343
Nuevo
Hora: * 07:00
Escala de Braden
(Todos)
1. MOVILIDAD (Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo)
1 Completamente Inmóvil.
2 Muy Limitada.
3 Ligeramente Limitad
4 Sin Limitaciones.
2. ACTIVIDAD (Nivel de actividad física)
1 Encamado.
2 En Silla.
3 Camina Ocasionalmente.
4 Todos los pacientes demasiado jóvenes para caminar o camina frecuentemente.
3. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad de responder adecuadamente, según su nivel de desarrollo, al discomfort relacionado con la presión)
1 Completamente Limitada.
2 Muy Limitada.
RIESGO UPP (TOTAL):
Página 1 de 1 (28 items)
RIESGO
NO RIESGO
Grabar
Cancelar
Debe seleccionar al menos un item.
Lista de Registros
Visor de Escala
Graficos
Fecha y hora
Riesgo UPP Total
Nivel de Riesgo
Enfermer@
Área de Servicio
24/02/2026 08:00
27
NO RIESGO
ESPITIA BENITEZ LOREN SOFIA
HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPI
Página 1 de 1 (1 items)
10
20
40
DGEMPRES01 | Hospitalización - BO37 - HOSPITAL BOSA | Versión: 2025 Upgrade: 11 Pa
© 2026 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.
16°C
Nublado
Buscar
ESP
LAA


PEDIATRIA HOSPITALIZACION
CENSO PEDIATRIA FEBRERO 20
Nueva pestaña
No seguro
dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria
Tablero de control RE
Agregar
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Parametros Ventilatorios y Gases Sanguineos
Consultar Registros 24H
Accesos Directos
Info General
Peso/Talla
Registro de Liquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Valoración Riesgo de Caida
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 1023420305 - LLORLYS GABRIEL POVEDA PEREZ - Masculino - 5 Años / 1 Meses / 23 Días
Ingreso: 14348878 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBPD343
Nuevo
Hora: * 07:00
Valoracion Riesgo Caida
(Todos)
1. Estado Conciencia
Presenta cualquier estado de conciencia alterado o patología neurológica (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsiva, depresión, ansiedad, riesgo suicida, discapacidad o alteración cognitiva).
2. Transtornos Visuales o Auditivos
Presenta trastorno visual o auditivo
3. Edad
Edad (Paciente mayor de 60 años o menor de edad).
4. Diagnóstico Médico
Diagnóstico médico: Vértigo, patología coronaria, vascular, Parkinson ACV, epilepsia, incontinencia urinarias u otra que favorezca la caída.
5. Dolor
Paciente con Dolor.
6. Accesos Invasivos
Accesos invasivos (venosos, vesicales, SNG, tubo de tórax, entre otros).
Puntaje Total
2
10 20 40
Página 1 de 1 (9 ítems)
ALTO RIESGO
RIESGO BAJO
Grabar
Cancelar
Lista de Registros
Visor de Escala
Graficos
Fecha y hora
Edad de Ri...
Riesgo Alto
Clasificaci...
Puntaje T...
Enfermer@
Área de Servicio
(Todos)
24/02/2026 08:00
0
ESPITIA BENITEZ LOREN SOFIA
HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPIT
10 20 40
© 2026 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.
DGEMPRESO1 | Hospitalización - BOST - HOSPITAL BOSA | Versión: 2025 Upgrade
16°C
Nublado
Buscar
ESP
LAA

UNIDAD (UMHES – CAPS – PAPS):

SERVICIO: POS PARTO GINECOLOGIA

Fecha de aprobación: 23/07/2024 | Código: 03-10-UEO-0013

| FECHA | HORA | ÁREA Número de habitación, unidad, cubículo, consultorio, ambiente. | TURNO M: mañana, T: tarde N1 y N2: Noche, C: completo | DESCRIPCION ACTIVIDAD 1. Rutinaria | DESCRIPCION ACTIVIDAD 2. Terminal | ELEMENTOS – Equipos biomédicos e industriales: 1. Monitor de signos vitales | 2. Fonendo | 3. Tensiómetro | 4. Termómetro | 5. Bomba de infusión | 6. Glucómetro | 7. Pesa bebés | 8. Pesa de pie | 9. Nevera transporte de muestras | 10. Nevera de medicamentos | 11. Sillas de ruedas | 12. Otro, ¿cuál? | ELEMENTOS – Unidad: 1. Cama,camilla, barandas y colchoneta | 2. Mesas y mesones | 3. Escalerilla | 4. Abrl | 5. Dispensadores de productos de higiene de manos | 6. Otro cual? | ELEMENTOS – Otros: 1. Muebles, gabinetes, repisas y cajones de almacenamiento de insumos y DM | 2. Patos - pisingos | 3. Grameras/ Tinas | 4. Riñoneras | 5. Contenedores metalicos y plasticos | 6. Carro de medicamentos y accesorios | 7. Carro de paro -desfribriador y accesorios | 8. Carro de monitor de signos vitales y accesorios | 9. Cápsulas de sistema neumatico | 10. Cámaras cefalicas/ Cámaras de intubación | 11. Manual de paciente hospitalizado | 12. Atomizadores | 13. Petos | 14. Tablones (salas de paz) | 16. Bandejas | 13. Otro cual? | NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD | NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23-01 | 9+00 | 336 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | d | d | | | | | | | | | | | | | | | loren | | |
| 25-01 | 336, 337A 337B | 10+00 | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | loren | | |
| 25-01 | 342 | 9+30 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | deisy | | |
| 26-01 | 336, 337A 337B | 10+00 | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | loreny | | |
| 27-01 | 339A | 12+00 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | | / | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 27-01 | 336, 337A 337B | 10+20 | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 28-01 | 336, 337A 337B | 8+35 | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | loren. | | |
| 29-01 | 338 | 9+20 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 30-01 | 341A | 8+40 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | loren | | |
| 31-01 | 338-343 | 8+00 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | loren Jessica | | |
| 2-02 | 336-337A 337B | 10+00 | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | Jesica | | |
| 3-02 | 338 | 12+00 | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | sofia | | |
| 1-02 | 336 337A 337B | 11+30 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | sofia | | |
| 1-02 | 341A | 9+00 | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 5-02 | 333B | 9+00 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | sofia | | |
| -02 | 337B | 12+10 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | Jesicca | | |
| -02 | 336, 337A 337B | 8+20 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | Sofia | | |
| 02 | 342 | 9+45 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | Sofia | | |
| -02 | 339A | 9+30 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 02 | 341A/340 | 11+10 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | SOFIA | | |
| 02 | 343 | 10+26 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 02 | 336 | 11+11 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |

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

# FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

**UNIDAD (UMHES – CAPS – PAPS):**

**SERVICIO: POS PARTO GINECOLOGIA**

| FECHA | HORA | ÁREA Número de habitación, unidad, cubículo, consultorio, ambiente. | TURNO M: mañana, T: tarde N1 y N2: Noche, C: completo | DESCRIPCION ACTIVIDA 1. Rutinaria | DESCRIPCION ACTIVIDA 2. Terminal | ELEMENTOS – Equipos biomédicos e industriales: 1. Monitor de signos vitales | 2. Fonendo | 3. Tensiómetro | 4. Termómetro | 5. Bomba de infusión | 6. Glucómetro | 7. Pesa bebés | 8. Pesa de pie | 9. Nevera transporte de muestras | 10. Nevera de medicamentos | 11. Sillas de ruedas | 12. Otro, ¿cuál? | ELEMENTOS – Unidad: 1. Cama,camilla, barandas y colchoneta | 2. Mesas y mesones | 3. Escalerilla | 4. Atril | 5. Dispensadores de productos de higiene de manos | 6. Otro cual? | ELEMENTOS – Otros: 1. Muebles, gabinetes, repisas y cajones de almacenamiento de insumos y DM | 2. Patos - pisingos | 3. Grameras/ Tinas | 4. Riñoneras | 5. Contenedores metálicos y plasticos | 6. Carro de medicamentos y accesorios | 7. Carro de paro -desfibrilador y accesorios | 8. Carro de monitor de signos vitales y accesorios | 9. Cápsulas de sistema neumatico | 10. Cámaras cefálicas/ Cámaras de intubación | 11. Manual de paciente hospitalizado | 12. Atomizadores | 13. Petos | 14. Tablones (salas de paz) | 16. Bandejas | 13. Otro cual? | NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD | NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13/02 | 9+25 | 336 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 13/02 | 10+12 | 337A | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Sofia | | |
| 19/02 | 8+10 | 336 337 338 | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Sofia | | |
| 14/02 | 15+45 | 339A 343 342 | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 16/02 | 9+00 | 342 | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 17/02 | 9+25 | 341 B | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Sofia | | |
| 18/02 | 10+15 | 339A | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 18/02 | 11+25 | 335A 4B | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Sofia | | |
| 19/02 | 0+40 | 334B | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 20/02 | 13+00 | 334A | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 22/02 | 12+45 | 336, 339A | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Sofia | | |
| 22/02 | 16+35 | 337B, 338 | TM | / | | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Sofia | | |
| 23/02 | 11+00 | 333A, 335 | TM | / | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Jessica | | |
| 24/02 | 10+00 | 341B | TM | | / | / | | / | / | / | | | | | | | | / | / | | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | Loren | | |
| | | | TM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4:32
◀ WhatsApp
15

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

ASEGÚRATE MES DE ENERO 2026

FECHA

2026-02-06 (Hoy)

SELECCIONAR

PRE TEST

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Loren Benítez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1012340815

UNIDAD

Hospital de Bosa

SERVICIO

e.almeraim.com

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | AGOSTO 2025.pdf | AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE 2025.pdf | CUENTA OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 2025.pdf | SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE2025.pdf | CUENTA NOVIEMBRE2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE.pdf | CUENTA DICIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ENERO 2026.pdf | CUENTA ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1012340815 | LOREN SOFIA ESPITIA BENITEZ | Calle 83 sur #91-48 | 3208415629 | lorenespitia620@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | 10/02/2026 | 41414338 | $543.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 700 | 0 | 219.600 | 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 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 900 | 0 | 281.100 | 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 | 5 | 200 | 42.900 | | | 427 | 42.900 | 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 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 5 | 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 | 219.600 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 281.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 42.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 541.800 | 543.600 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1012340815 | LOREN SOFIA ESPITIA BENITEZ | | Calle 83 sur #91-48 | 3208415629 | lorenespitia620@gmail.com |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | **EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD** |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | 10/02/2026 | 41414338 | $543.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | CC | 1012340815 | ESPITIA BENITEZ LOREN SOFIA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.750.905 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 3 | 42.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**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 | 1012340815 | ESPITIA | BENITEZ | LOREN | SOFIA | 2025-08 | Famisanar | BENEFICIARIO |
| CC | 1012340815 | ESPITIA | BENITEZ | LOREN | SOFIA | 2026-01 | Famisanar | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Famisanar | 01/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| 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 | 3 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2025 | 9 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2024 | 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.