

Arbeláez, 13/05/2026

**CUENTA DE COBRO**

No. 01 de 2026

LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ CUNDINAMARCA  
NIT. 890.680.031-4

**DEBE A:**

RUTH ALEIDA FARFÁN BARRERO  
21147733 de Villapinzón

**LA SUMA DE:**

CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$5.500.000)

Por concepto de: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL PROCESO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ — RECURSOS PROPIOS – Durante el 15 de Abril al 30 de Abril del 2026.

Como soporte de la presente cuenta de cobro, se adjunta el informe de las actividades ejecutadas por el suscrito(a) que evidencia el registro de los informes que soportan las mismas, con formulario de afiliación a la eps 2026.

Cordialmente,



RUTH ALEIDA FARFÁN BARRERO

21147733 de Villapinzón

CUENTA DE AHORROS: 00550488457925383

Aperturada en: Calle 185 No. 45-03, Bogotá D.C centro comercial Santafé

Banco Davivienda

TELEFONO: 3123264404



## INFORME DE ACTIVIDADES

CONTRATO No. 664 DE 2026

DATOS DEL INFORME	
Fecha de presentación: 13/05/2026 Periodo del Informe: desde (15/04/2026) hasta (30/04/2026)	
<b>Nombre del Contratista:</b> RUTH ALEIDA FARFÁN BARRERO	
<b>Nombre del Supervisor:</b> SAUL PARRA GARCIA	
DATOS DEL CONTRATO	
<b>CONTRATISTA:</b> RUTH ALEIDA FARFÁN BARRERO C.C 21147733 DE VILLAPINZÓN	
<b>OBJETO:</b> LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL PROCESO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ — RECURSOS PROPIOS	
<b>Plazo:</b> QUINCE DIAS <b>Valor del Contrato:</b> CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$5.500.000) Fecha de Iniciación: (15/04/2026) Fecha de Terminación: (30/04/2026)	
Porcentaje de ejecución financiera: 100% Porcentaje de ejecución en tiempo: 100%	
Modificaciones al contrato: N/A	
Prorroga N/A Valor Adición: N/A	
Porcentaje de ejecución financiera: 00.0% Porcentaje de ejecución en tiempo: 00.0%	

### EJECUCION DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDAD REALIZADA	SOPORTES
1. Desplegar las actividades tendientes a establecer el programa de Seguridad del paciente de la ESE, según los lineamientos de la política Nacional del Ministerio de Protección social, el cumplimiento de la normatividad vigente de habilitación, según la "Resolución 3100 de 2019 y de la Secretaria de Salud de Cundinamarca.	17/04/2026: Se realiza la presentación de las diapositivas que servirán para llevar a cabo el proceso de Inducción y Reinducción para todos los colaboradores de la ESE, según los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y la Resolución 3100 de 2019.	Diapositivas con la presentación del programa de seguridad del paciente

<p>2. Dirigir y liderar la actualización y evaluación sistemática de los resultados en el despliegue de la política y de sus elementos constitutivos que permitan fortalecer la cultura de seguridad del paciente de la ESE.</p>	<p>20/04/2026: Se actualiza la política de Seguridad del paciente para la vigencia de 2026-2028, en la cual se establecen nuevas metas, objetivos, estructura funcional y métodos para la evaluación a su adherencia.</p>	<p>Propuesta de actualización de la política de seguridad del paciente vigencia 2026-2028</p>
<p>3. Liderar y conducir la secretaria técnica del Comité institucional de Seguridad del paciente ejerciendo las funciones relacionadas en el mismo.</p>	<p>28/04/2026 Se realiza el comité de abril de seguridad del paciente con los respectivos análisis de casos del mes.</p>	<p>Acta de comité de seguridad del paciente del mes de Abril -2026</p>
<p>4. Liderar y ejecutar las actividades relacionadas con la planeación, implementación y evaluación de un programa de capacitación en seguridad del paciente en concordancia con el plan de capacitación institucional para la inducción general, el entrenamiento en puesto de trabajo y el programa de educación continua en los temas relacionados al fortalecimiento de cultura, procesos institucionales y asistenciales seguros en coordinación con los distintos referentes misionales y de apoyo de la institución.</p>	<p>21/04/2026: Se realiza el cronograma de capacitación en seguridad el paciente para los diferentes roles y servicios en concordancia con el Plan de capacitación institucional en las fases de Inducción, Reinducción, formación continuada y entrenamiento en puesto de trabajo el cual incluye las Guías de buenas prácticas que le aplican según sus servicios habilitados.</p>	<p>Cronograma de capacitaciones del Programa de seguridad del paciente 2026</p>
<p>5. Gestionar, direccionar y liderar las mesas de análisis de eventos de seguridad dentro del sistema de notificación y gestión del evento adverso y de los programas de vigilancia en conjunto con los referentes de la vigilancia integral del riesgo designados por la institución, con el propósito de establecer las barreras de seguridad, las acciones de mejora y el aprendizaje organizacional</p>	<p>29/04/2026: se realiza mesa de análisis de eventos de seguridad del mes Abril, por la metodología "protocolo de Londres", se clasifica y se da a conocer el informe a los líderes de los procesos institucionales.</p>	<p>Análisis de caso y base de análisis de casos de seguridad del paciente</p>

<p>resultante del sistema de reporte institucional.</p> <p>6. Liderar y ejecutar las actividades de gestión (Documentación, socialización y formalización y evaluación) de las GUIAS DE PRÁCTICAS SEGURAS, aplicables a la institución en coordinación con los distintos referentes misionales y de apoyo de la institución.</p> <p>7. Ejecutar y realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento derivados del sistema de reporte y notificación, del programa de evaluación de la adherencia a las prácticas y de las estrategias de fortalecimiento de la cultura (Clima y rondas ejecutivas de seguridad).</p> <p>8. Realizar control estadístico y monitoreo de los aspectos claves de la estrategia de seguridad del paciente y de los indicadores de calidad del Dominio: Seguridad según Resolución 256 de 2016 para la elaboración de los informes institucionales a entregar a las diferentes entidades externas de manera oportuna.</p>	<p>23/04/2026: Se inicia la documentación y adaptación de la Guías de buenas prácticas aplicables a los servicios habilitados en el Hospital San Antonio de Arbeláez y sus centros de salud como herramienta necesaria en el entrenamiento de todos los colaboradores de la ESE</p> <p>27/04/2026: Se realiza formato para Planes de mejoramiento del programa de seguridad del paciente en el cual se consolidarán, se gestionarán y se realizará el respectivo seguimiento a su cumplimiento.</p> <p>30/04/2026: la información se encuentra en proceso de consolidación para generar el reporte antes de los primeros 5 días del mes al área de Estadística.</p>	<p>Protocolo de egreso seguro</p> <p>Formato de planes de mejoramiento seguridad del paciente</p> <p>Formato de seguridad del paciente indicadores NUEVA EPS</p>
---	---	--

**OBLIGACIONES PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA:**

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS
<p>1. Utilizar los elementos de protección personal.</p>	<p>Se usan los elementos de protección personal - para el ingreso a los servicios del Hospital según lo establecido en el Manual de bioseguridad institucional</p>

<p>2. Conocer y aplicar el plan de contingencia Preparación, respuesta y atención de los casos de enfermedad según protocolos institucionales.</p> <p>3. Contribuir con la aplicación de protocolos, procedimientos y documentos institucionales como: Programa de prevención y control de infecciones, protocolo de lavado de manos, protocolo de aislamiento, protocolo de limpieza aseo y desinfección, manual de bioseguridad.</p> <p>4. Acoger y aplicar los lineamientos, orientaciones y recomendaciones otorgadas por autoridades sanitarias y por la Institución referentes a las medidas preventivas y de mitigación para contener la infección respiratoria aguda y demás infecciones intrahospitalarias.</p> <p>5. Conocer los contenidos informativos basados en fuentes calificadas, relacionados a las medidas de prevención y autocuidado.</p> <p>6. Adoptar las disposiciones impartidas por el Gobierno Nacional relacionadas con la prevención, contención, manejo y mitigación de eventos de interés en salud pública.</p> <p>7. Asistir a las capacitaciones programadas por la institución referente a las medidas de prevención, manejo, contención y mitigación de eventos de interés en salud pública.</p> <p>8. Intensificar la higiene de lavado de manos teniendo en cuenta los cinco momentos y la técnica recomendada por la OMS y que se encuentra documentadas en el Protocolo de lavado de manos.</p>	<p>Se tiene conocimiento sobre acerca de los planes de contingencia a aplicar en caso de enfermedad, acorde con los protocolos institucionales.</p> <p>Se contribuye con la apropiación y adherencia de los protocolos de prevención de infecciones tales como: lavado e higienización de manos, se conocen los tipos de aislamientos y el tipo requerido según patologías, se cumplen los procesos de limpieza y desinfección según área de trabajo y se cumple con los lineamientos del manual de bioseguridad.</p> <p>Se cumplen con las medidas de contención para enfermedades respiratorias y otras enfermedades de carácter infeccioso tales como uso de mascarilla facial, lavado de manos, limpieza de áreas y superficies según perfil de trabajo.</p> <p>Se revisan y actualizan las directrices relacionadas con las medidas de prevención y autocuidado emitidas por el Ministerio de salud y sus entes territoriales.</p> <p>Se conocen y adoptan las disposiciones impartidas por el Ministerio de Salud Nacional en relación con la contención de las enfermedades de interés público en salud pública.</p> <p>Se asiste a la programación de capacitaciones referente a las medidas de prevención, manejo, contención y mitigación de eventos de interés en salud pública.</p> <p>Se dá cumplimiento al protocolo de lavado e higienización de manos según la técnica recomendada por la OMS y el Protocolo de lavado de manos institucional</p>
--	---

**DESAGREGACION DE COSTOS**

AREA DONDE SE EJECUTA LA ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCION POR AREA	VALOR
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	100%	\$ 5.500.000

<b>TOTAL</b>	100%	\$ 5.500.000
--------------	------	--------------

<b>PRODUCCION</b>			
<b>PRODUCTOS A ENTREGAR</b>	<b>PRODUCTOS ENTREGADOS</b>	<b>% EJECUCION</b>	
		100% DE EJECUCIÓN FINANCIERA	100, % DE EJECUCIÓN EN TIEMPO
Análisis de casos reportados	Se analizan el % de los casos reportados al Programa de seguridad del paciente se reportan casos analizados en el mes de Abril -2026		
Diseño y actualización de la política de Seguridad del paciente, calidad y prestación de servicios.			
Documentos diseñados para el programa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de análisis por protocolo de Londres</li> <li>• Cronograma para los comités de seguridad del paciente</li> <li>• Formato para planes de mejoramiento del programa de seguridad del paciente</li> <li>• Protocolo de egreso seguro</li> <li>• Presentación para la inducción general del programa de seguridad del Paciente</li> </ul>	Se adjunta el Modelos de la Política de seguridad del paciente 100% ajustada para la vigencia		
	Se realiza el 100% de los documentos propuestos para ajustar en el periodo de Abril -2026	100%	100%
Se complementa los estándares de Seguridad del paciente con las actividades realizadas.	Induccion de Cargo Realizadas 16-04-26 (1) Induccion de Cargo Realizada 1704-2026(1)		

**ANEXOS:**

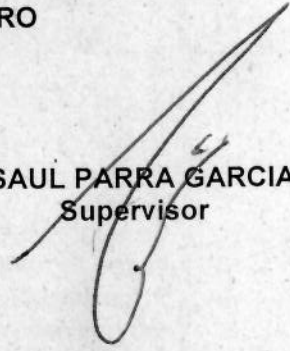
1. Copia certificado de afiliación a la eps.
2. Evidencias físicas
3. Formulario de declaración pago seguridad social



**RUTH ALEIDA FARFÁN BARRERO**  
Contratista



**INGRID LÓPEZ**  
Apoyo a la supervisión



**SAUL PARRA GARCIA**  
Supervisor



Señor contratista

Recuerda que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, si deseas continuar con el cumplimiento de nuestra ARL, te invitamos a ingresar al portal y registrar la novedad.

Radicado	Fecha de radicación	Fecha de inicio de afiliación
SOL_AFI_2026035327730	09/04/2026	10/04/2026

**Datos generales del trabajador**

Nombres y Apellidos Ruth Aleida Farfan Barrero		Tipo de documento de identificación CC		Número de documento o NIT 21147733
Fecha de nacimiento 12/03/1961	Sexo Femenino	Nacionalidad 1	EPS actual SALUD TOTAL S.A.	AFP actual COLPENSIONES ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONE
Dirección de residencia carrera 7 a bis #183-35 torre 2 apartamento 324			Departamento Bogotá d.c.	Ciudad / Municipio Bogotá d.c.
Número de teléfono 3123264404	Correo electrónico alefar7733@gmail.com			

**Información de la afiliación o del contrato**

Tipo de contrato		<input type="radio"/> Administrativo <input type="radio"/> Comercial <input checked="" type="radio"/> Civil		<input type="radio"/> Público <input checked="" type="radio"/> Privado		Suministro de transporte		<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		
Fecha inicio del contrato 09/04/2026	Fecha fin del contrato N/A	Número de meses N/A	Jornada establecida	<input checked="" type="radio"/> Jornada única <input checked="" type="radio"/> Rotativa <input type="radio"/> Turnos		<input checked="" type="radio"/> Sin horario definido				
Valor total del contrato N/A		Valor mensual del contrato 1750905.00		Ingreso base de cotización 1750905.00						
Actividad a ejecutar N/A							Código de la actividad económica N/A			
Carga u Ocupación Otros profesionales de la salud no clasificados en otros grupos primarios							Taxista <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No			
Dirección Carrera 7 a bis #183-35 torre 2 apartamento 324				Departamento Bogotá d.c.		Ciudad / Municipio Bogotá d.c.				

**Información del contratante, empresa transportadora (habilitada por el ministerio de transporte para taxistas) o contratante para**

Nombres y apellidos o Razón Social Afiliación voluntaria decreto 1563		Tipo de documento de identificación NIT		Número de documento o NIT 800000033	SV 4
Código actividad económica centro de trabajo N/A				La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)	
Dirección Carrera 7 a bis #183-35 torre 2 apartamento 324			Departamento Bogotá d.c.		Ciudad / Municipio Bogotá d.c.
Número de teléfono 3123264404		Correo electrónico alefar7733@gmail.com			
Otros datos sobre firma del contratista					
Nombres y apellidos N/A		Tipo de documento de identificación N/A		Número de documento de identificación N/A	

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1395 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMAS NORMATIVAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

**Autorizaciones:**

- Reporte de información:**  
Autorizo a las ARL a reportar al SAT y a las entidades públicas competentes la información generada por la afiliación o cualquier novedad relacionada.
- Manejo de datos personales:**  
Autorización para que la ARL gestione los datos del afiliado o responsable de la afiliación, conforme a lo estipulado en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, compilados en el Decreto 1074 de 2014, Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- Autorización para que el SAT o la ARL envíe información relacionada con la afiliación o novedades al SGRL al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERIDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Firma Ruth Aleida Farfan Barrero  
**FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL**

Clase de riesgo:

Clase de riesgo:  Turnos:





Señor contratista

Recuerda que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, si deseas continuar con el cubrimiento de nuestra ARL, te invitamos a ingresar al portal y registrar la novedad.

Radicado: SQL_AFI_2026036327730	Fecha de radicación: 09/04/2026	Fecha de inicio de afiliación: 10/04/2026
------------------------------------	------------------------------------	--

**Formato de identificación de peligros**

(Marca con una x únicamente los peligros a los que te expones en tu ocupación u oficio diario)

**Peligros físicos**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>Energía mecánica</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ruido</p> <p><input type="checkbox"/> Vibración</p> <p><input type="checkbox"/> Presiones atmosféricas extremas</p> | <p><b>Energía térmica</b></p> <p><input type="checkbox"/> Temperatura extrema por frío</p> <p><input type="checkbox"/> Temperatura extrema por calor</p> | <p><b>Energía electromecánica</b></p> <p><input type="checkbox"/> Radiaciones no ionizantes</p> <p><input type="checkbox"/> Radiaciones ionizantes</p> |
|--|--|--|

**Peligros químico**

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>Agregados moleculares</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aerosoles sólidos: fibras, polvos y humos</p> <p><input type="checkbox"/> Aerosoles líquidos: neblinas</p> | <p><b>Moleculares</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gases, orgánicos e inorgánicos</p> <p><input type="checkbox"/> Vapores</p> |
|--|--|

**Peligros biológicos**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <p><b>Microorganismos</b></p> <p><input type="checkbox"/> Virus</p> <p><input type="checkbox"/> Bacterias</p> <p><input type="checkbox"/> Fungos</p> <p><input type="checkbox"/> Hongos</p> | <p><b>Artrópodos</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gusanos</p> <p><input type="checkbox"/> Arácnidos</p> <p><input type="checkbox"/> Insectos</p> | <p><b>Animales</b></p> <p><input type="checkbox"/> Invertebrados: arácnidos, protozoos</p> <p><input type="checkbox"/> Vertebrados</p> | <p><b>Vegetales</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vegetales: Hongos, helechos, semillas</p> |
|---|---|--|---|

**Peligros ergonómico**

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>Carga física</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ejercicios: levantamiento, aplicación de fuerzas, inadecuado movimiento de cargas, movimientos repetitivos</p> <p><input type="checkbox"/> Estrés: Posturas mantenidas, prolongadas, sostenidas, inadecuadas, forzadas u estáticas, por posturas forzadas</p> | <p><b>Diseño de puesto de trabajo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puestos de trabajo inadecuados</p> <p><input type="checkbox"/> Espacios de trabajo inadecuados</p> |
|--|--|

**Peligros de seguridad**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <p><b>Físico - químico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Incendio</p> <p><input type="checkbox"/> Explosión</p> <p><input type="checkbox"/> Fugas de productos químicos</p> <p><input type="checkbox"/> Resacas químicas</p> | <p><b>Eléctrico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alta tensión (&gt; 57,5 kilovoltios a 250 kilovoltios)</p> <p><input type="checkbox"/> Media tensión (&lt; 100 kilovoltios a &lt;= 57,5 kilovoltios)</p> <p><input type="checkbox"/> Baja tensión (&lt;= 25 voltios a &lt;= 1000 voltios)</p> <p><input type="checkbox"/> Equipos eléctricos (cableado eléctrico, arcos eléctricos, electrocución)</p> | <p><b>Locativos</b></p> <p><input type="checkbox"/> Techos en altura</p> <p><input type="checkbox"/> Ombres y pies</p> <p><input type="checkbox"/> Almacenamiento de materiales (distribución, apilamiento)</p> <p><input type="checkbox"/> Disposición de materiales y equipos (distribución, Distribución, área de trabajo)</p> <p><input type="checkbox"/> Instalaciones (area de Trabajo, Estructuras, Pisos, Paredes, Techos, Escaleras, etc)</p> | <p><b>Mecánicos</b></p> <p><input type="checkbox"/> Maquinas y equipos</p> <p><input type="checkbox"/> Herramientas (cortantes, golpeo, sobrecalentamiento)</p> <p><input type="checkbox"/> Mantenimiento en movimiento (Pistas, empalmes, pilones, etc)</p> <p><input type="checkbox"/> Equipos y bases de presión (fuerza de presión de aire o vapor, cilindros, etc)</p> |
|--|--|--|---|

**Peligros por fenómenos naturales**

- Terremotos
- Inundaciones
- Aludamientos
- Erupción volcánica

**Peligros públicos**

- Hurto
- Minutaqu coasta
- Terrorismo
- Extorsión y soborno
- Secuestro

**Peligro psicosocial factores de riesgo**

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>Condiciones intralaborales</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se realiza gran cantidad de afiliación, es complejo y/o debe emplearse de manera simultánea</p> <p><input type="checkbox"/> Se tiene responsabilidades por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas</p> <p><input type="checkbox"/> El trabajo y las condiciones en que se realiza implican un gran esfuerzo físico y fatiga</p> <p><input type="checkbox"/> Se expone a alto nivel de ruido público y/o de compañeros de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> La interacción con otras personas es estresante y/o conflictiva</p> <p><input type="checkbox"/> Las jornadas de trabajo son extensas, en horarios nocturnos y/o sin descansos</p> <p><input type="checkbox"/> El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada laboral</p> <p><b>Control</b></p> <p><input type="checkbox"/> El trabajo implica el desarrollo de habilidades y conocimientos</p> | <p><b>Condiciones extralaborales</b></p> <p><input type="checkbox"/> El tiempo dedicado a la familia y al descanso es escaso o limitado</p> <p><input type="checkbox"/> Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas</p> <p><input type="checkbox"/> El empagamento viviente trabajo viviente requiere mucha fuerza</p> <p><b>Control</b></p> <p><input type="checkbox"/> El estudio realizado no corresponde con el trabajo</p> |
|--|---|



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **21147733**, se encuentra afiliado/a desde **01/02/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de abril de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



Bogotá, Mayo / 4 de 2026



Señor (a): RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO  
CC. 21147733  
CR 7A BIS N0 183 35 TO 2 AP 324  
BOGOTÁ

**Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.**

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Febrero / 1 de 2026, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

**CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.**

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co) Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co)** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.


Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL  
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

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 y 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.



	<b>CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO: 301701-F-CA-02</b>			<b>VERSIÓN 01</b>	
	<b>FORMATO DE ANÁLISIS NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>Tipo de proceso</b>				
		<b>Estratégico</b>	<b>X</b>	<b>Misional</b>		<b>Apoyo</b>

<b>Nombre de quién reporta :</b> Wendy Julieth Jara Castellanos
<b>Servicio:</b> URGENCIAS
<b>Cargo:</b> Jefe de control interno HSAA
<b>Paciente:</b> BLANCA CECILIA CRUZ DE MARTINEZ
<b>Identificación:</b> 20167349
<b>Edad:</b> 86 ANOS
<b>Fecha de Reporte:</b> 22/04/2026

## 1. REPORTE DEL EVENTO DE SEGURIDAD:

21/04/2026 Yo, ALBENIS MARTÍNEZ CRUZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 20.390.870, en calidad de hija de la paciente BLANCA CECILIA CRUZ DE MARTÍNEZ, C.C. No. 20.167.349, me permito presentar queja formal en contra del DR. JAVIER EDUARDO HUÉRFANO VÁSQUEZ, médico general de esa institución, por presuntas irregularidades en la atención brindada el día 21 de abril de 2026 en el servicio de urgencias.

El día mencionado, aproximadamente a las 10:00 a.m., mi madre ingresó por urgencias con un cuadro respiratorio delicado. Durante la atención, se le administró oxígeno, dexametasona y tres micronebulizaciones, evidenciándose únicamente una mejoría parcial. No obstante, el profesional tratante decidió otorgar egreso el mismo día, sin que existiera una estabilización clínica real y sostenida.

Posteriormente, durante el traslado a su residencia, la paciente presentó una descompensación significativa, agravándose su estado de salud. Una vez en el domicilio, su condición empeoró de manera considerable, lo que obligó a su reingreso a un centro hospitalario, donde actualmente permanece bajo atención médica.

Considero que los hechos descritos podrían configurar una falla en la prestación del servicio de salud, particularmente en la valoración clínica y en la decisión de egreso, vulnerando los principios de calidad, continuidad, integralidad y seguridad del paciente, conforme a lo establecido en la Ley 1751 de 2015, la Ley 23 de 1981 y la Resolución 3100 de 2019.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito:

Se inicie investigación administrativa y disciplinaria sobre la actuación del profesional mencionado.

Se verifique el cumplimiento de los protocolos y guías clínicas aplicables al caso.

Se me remita copia completa de la historia clínica de la paciente, incluyendo notas de evolución, órdenes médicas y criterios de egreso.

Se informe de manera motivada el resultado de la investigación y las medidas adoptadas.

Se adopten correctivos institucionales que eviten la repetición de situaciones similares.


Adjunto a este correo copia de la orden médica correspondiente.

Solicito que la respuesta sea remitida dentro de los términos legales establecidos en la Ley 1755 de 2015.

## 2. ANÁLISIS DE CASO:

Se realiza análisis preliminar del caso reportado al correo de seguridad del paciente por parte del área de control interno, basado en los registros realizados el día 21 de abril de 2026 en la historia clínica. El caso está relacionado con la paciente BLANCA CECILIA CRUZ DE MARTÍNEZ identificada con la CC 20167349, quien ingresó el día 21/04/2026 al Hospital San Antonio de Arbeláez al servicio de Urgencias a las 11:18 con el Motivo de consulta: está desaturada. Paciente con diagnósticos registrados de: EPOC no oxígeno requiriente, Hipertensión arterial, Epilepsia, Incontinencia urinaria, Enfermedad renal crónica Estadio 3, con antecedentes quirúrgicos de varicosafenectomía derecha, fauquectomía, farmacológicos: losartán 50 mgrs, metoprolol 50 mgrs/día y ácido valproico 500 mgrs/día; Tóxicos: exfumadora, exposición a biomasa. La paciente ingresa por primera vez al servicio de Urgencias traída por su familiar, dado que presentaba desaturación del 65% y sintomatología respiratoria dada por tos húmeda, disnea leve sin la presencia de otros signos respiratorios. Descartan signos de presencia de SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica). Paciente en estado de postración, con puntaje de 0 en la escala de Barthel y oxígeno requiriente??. Según nota de Medicina general la paciente había sido vista previamente por Medicina Interna quien considera limitar el esfuerzo terapéutico dejando claro que la paciente es "No reanimable". Por tanto, deciden dar manejo de soporte y posterior egreso, previa explicación y aceptación del familiar. Dejan plan de manejo: Lactato de Ringer bolo de 500cc y paso de Hidrocortisona 200mgrs IV ahora. Dejan nota de manejo ambulatorio previamente da y revaloración.

REINGRESO DE LA PACIENTE: El mismo día 21/04/2026 a las 14:55 paciente reingresa nuevamente al servicio de urgencias en compañía

	CALIDAD	CÓDIGO: 301701-F-CA-02	VERSIÓN 01			
	<b>FORMATO DE ANÁLISIS NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Tipo de proceso				
		Estratégico	X	Misional		Apoyo

de su familiar, quien a pesar de haber presentado mejoría en la mañana con las intervenciones terapéuticas reingresa con la misma sintomatología y más álgida, por lo cual deciden dar manejo de soporte, interconsultar y remitir nuevamente a Medicina Interna. Dejan plan de manejo: con oxígeno para saturación mayor de 90%, lactato de ringer a 100cc cada hora, hidrocortisona 100mgrs IV cada 8 horas, tramadol 50 mgrs IV ahora, ordenan toma de laboratorios: troponina, EKG, hemograma, Rx de tórax, ionograma.

21/04/2026 16:00 Interconsulta Medicina Interna Teleexperticia: Dr. Banquero. Paciente no reanimable, se dá manejo ambulatorio. Remisión a Medicina Interna.

21/04/2026 Firman Disentimiento de no reanimación

22/04/2026 Fallecimiento: en ronda de enfermería Unidad 201, paciente sin signos vitales, médico declara fallecimiento a las 16+05 En la revisión de registros clínicos no se evidencia la nota médica y de enfermería de egreso o no es clara. No se evidencia registro de revaloración antes del egreso. Se evidencia por tanto un egreso inseguro, paciente quien no presentaba estabilidad hemodinámica para considerar egreso seguro.

### 3. FACTORES CONTRIBUTIVOS:

**PACIENTE:** Alta carga de morbilidad (EPOC no oxigenorequiriente, HTA, Epilepsia, incontinencia urinaria, ERC estadio G3A); Pobre comunicación (paciente con un BARTHEL de 0); Complejidad y gravedad (paciente con desaturación del 65%, disnea leve, paciente en estado de postración); Antecedentes (exfumadora y exposición a biomasa); Lenguaje y comunicación (nulo por Barthel de 0), información emitida por el familiar

**INDIVIDUO:** Apropiación a guías y protocolos (falta de adherencia al protocolo de egreso seguro), registros insuficientes en historia clínica

**EQUIPO DE TRABAJO:** Comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo, falta de supervisión, falta de trabajo en equipo para toma de decisiones, fallas en la comunicación escrita y verbal (registros clínicos),

**AMBIENTE:**

**SISTEMAS DE INFORMACIÓN ELECTRÓNICA Y TECNOLOGÍA:** intermitencia en el software de historias clínicas

**TAREA Y TECNOLOGÍA (INCLUYE EQUIPOS REACTIVOS E INSUMOS):** disponibilidad y uso de protocolos, facilidad de consulta en el servicio, no se encuentran conformados los equipos de respuesta rápida ERR, No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir o no existencia de ellos, Diseño de la tarea y claridad de la estructura

**ORGANIZACIÓN Y GERENCIA:** Estructura organizacional (fallas en la estructura para la ejecución de la estrategia de seguridad del paciente), flat de establecimiento de políticas, estándares y metas

### 4. CLASIFICACIÓN DEL CASO:

INCIDENTE

### 5. ACCIONES INSEGURAS:

Egreso inseguro de paciente

### 6. PLANES DE MEJORAMIENTO:

- Implementar los equipos de respuesta rápida (ERR) en el servicio de urgencias
- Realizar auditoría de historias clínicas para verificación de adherencias a GPC en el servicio de urgencias
- Implementar la Guía de buena práctica para un egreso seguro, (reevaluación antes del alta, Implementar el seguimiento post egreso, llamada telefónica dentro de las primeras 24-48 horas, preguntar por la persistencia o empeoramiento de síntomas y dificultades con medicamentos, revisar la prescripción antes de entregarla al paciente evitando errores en el registro)
- Revisar la GPC y protocolos y procedimientos de urgencias e implementar las Guías de consulta rápida (flujogramas)
- Retroalimentar al personal sobre las GPC y protocolos





2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

14753090415



(415)7707212489984(8020) 000001475309041 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 1 1 4 7 7 3 3

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

2 1 1 4 7 7 3 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

Villapinzón

8 7 3

31. Primer apellido

FARFAN

32. Segundo apellido

BARRERO

33. Primer nombre

RUTH

34. Otros nombres

ALEIDA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 7 A BIS 183 35 TO 2 AP 324

42. Correo electrónico

alefar7733@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 3 2 6 4 4 0 4

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 5, 0 5 0 2

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

## Usuarios aduaneros

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

## Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO 

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2021-04-19 / 03:11:45PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GOMEZ CORTES NICOLAS

985. Cargo Gestor I





DAVIVIENDA

## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**26/01/2026**

Por medio de la presente hacemos constar que el **señor RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **21147733**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **0550488457925383**  
Fecha de apertura **26/01/2026**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

