DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

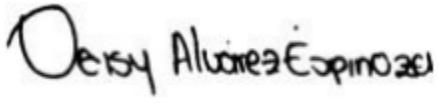
DEISY ALVAREZ ESPINOSA

CC: 52749968 BOGOTÁ

La suma de $ 4.103.718 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como ENFERMERA JEFE durante el periodo del 01 AL 30 DE ABRIL 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 974 – 2026.

DEISY ALVAREZ ESPINOSA

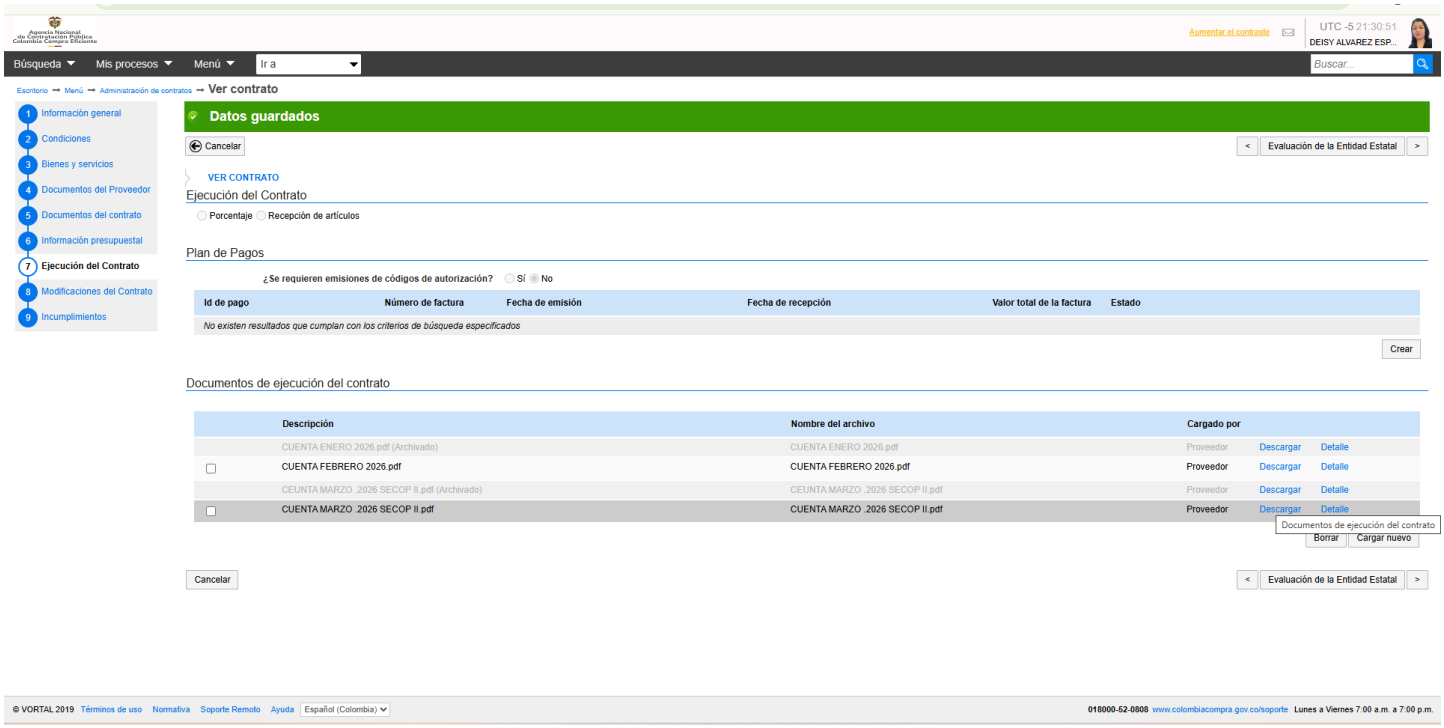
CC: 52749968 BOGOTÁ



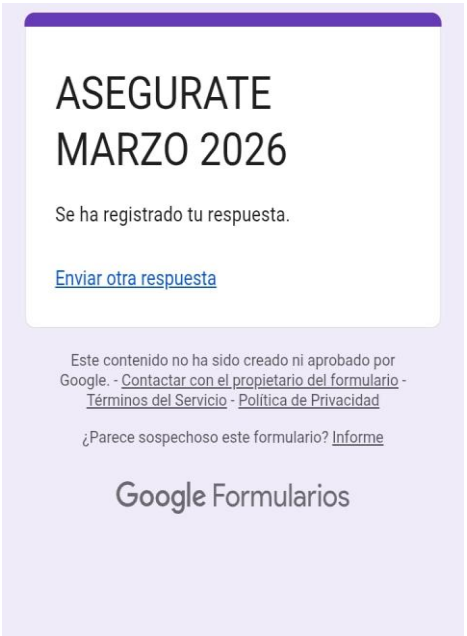
CUENTA DE AHORROS BANCO DE

DAVIVIENDA

NÚMERO 456000144216


Aumentar el contraste
UTC -5 21:30:51
DEISY ALVAREZ ESP...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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
CUENTA ENERO 2026.pdf (Archivado)
CUENTA ENERO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA FEBRERO 2026.pdf
CUENTA FEBRERO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CEUNTA MARZO .2026 SECOP II.pdf (Archivado)
CEUNTA MARZO .2026 SECOP II.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA MARZO .2026 SECOP II.pdf
CUENTA MARZO .2026 SECOP II.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Documentos de ejecución del contrato
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.


ASEGURATE
MARZO 2026
deisalve01@gmail.com Cambiar de cuenta
No compartido
Borrador guardado
* Indica que la pregunta es obligatoria
NUMERO DE IDENTIFCACION *
52749968
NOMBRES Y APELLIDOS *
Deisy Alvarez Espinosa
DIRECCION A LA QUE PERTENECES *
URGENCIAS


ASEGURATE
MARZO 2026
Se ha registrado tu respuesta.
Enviar otra respuesta
Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Contactar con el propietario del formulario - Términos del Servicio - Política de Privacidad
¿Parece sospechoso este formulario? Informe
Google Formularios

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

PRE TEST Y POST TEST IAAS - HIGIENE DE MANOS

SELECCIONAR
PRE TEST

NOMBRE DEL COLABORADOR
DEISY ALVAREZ ESPINOSA

NÚMERO DE CÉDULA
52749968

SEDE DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES
Hospital de Bosa

SERVICIO
Ginecología



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

PRE TEST Y POST TEST IAAS - HIGIENE DE MANOS

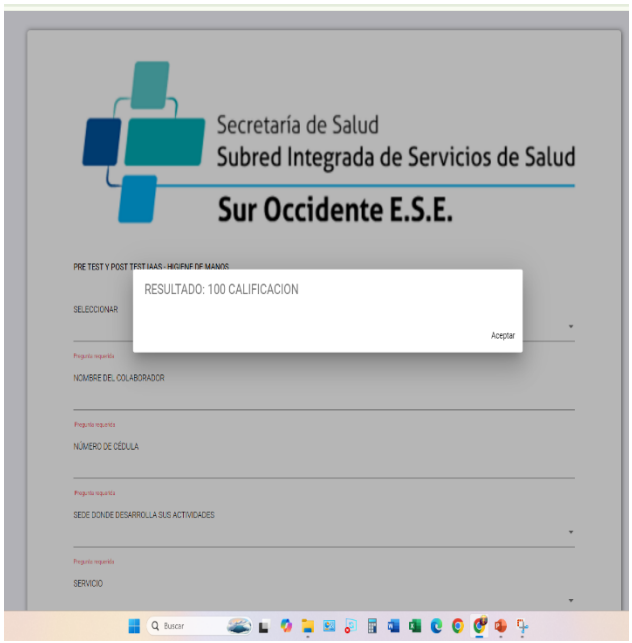
1. ¿Cuál es la estrategia más efectiva para prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud?

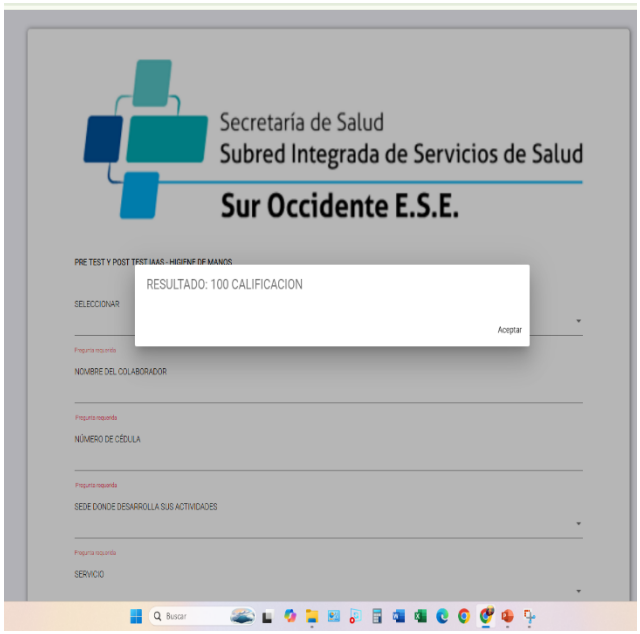
- a) Usar guantes todo el tiempo.
- b) Tomar antibióticos preventivos.
- (●) c) Higiene de manos.
- d) Evitar el contacto con los pacientes.

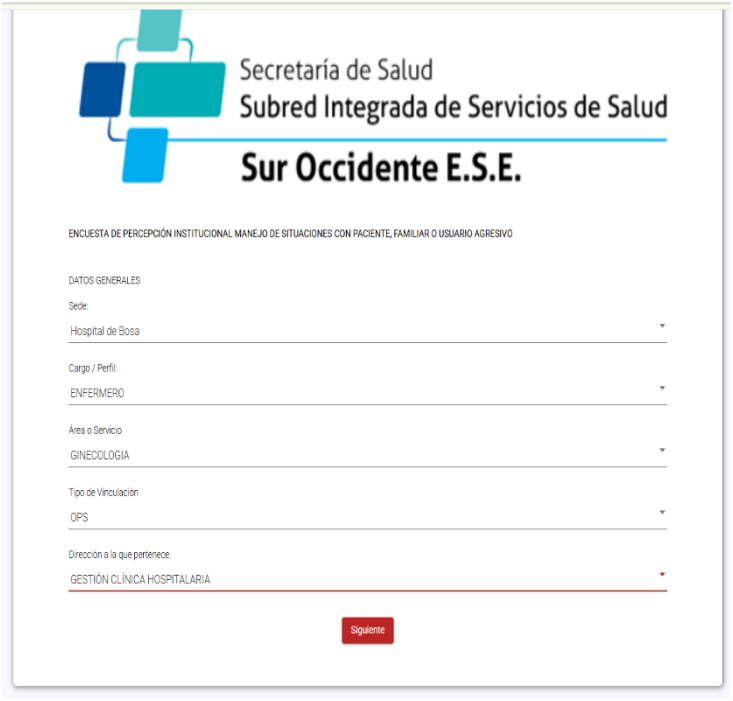
2. ¿Cuáles son los cinco momentos de la higiene de manos?

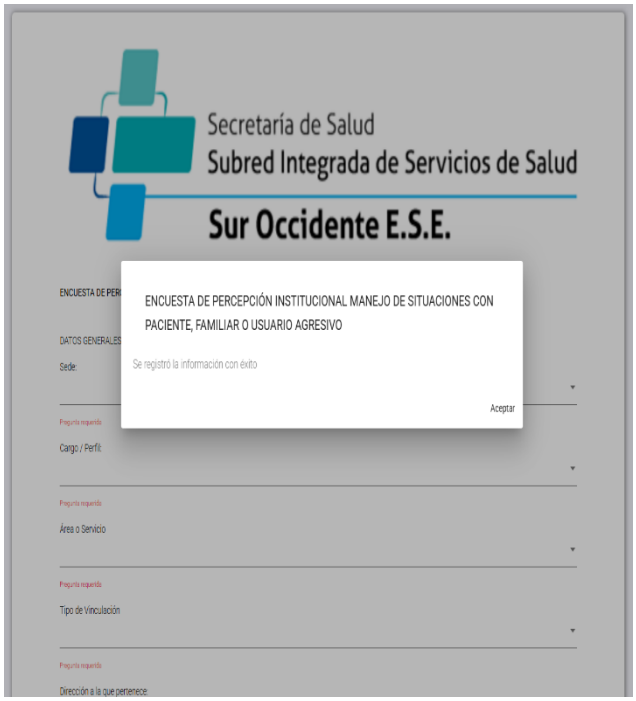
- a. Antes del contacto con el paciente, antes de una tarea aséptica, antes de tocar al paciente y después del tocar al paciente.
- b. Tres antes, dos después.
- c. Antes y después del contacto con el paciente, antes y después de un procedimiento, antes del contacto con el entorno del paciente.
- (●) d. Antes del contacto con el paciente, antes de una tarea aséptica, después del riesgo del contacto con fluidos corporales, después del contacto con el paciente y

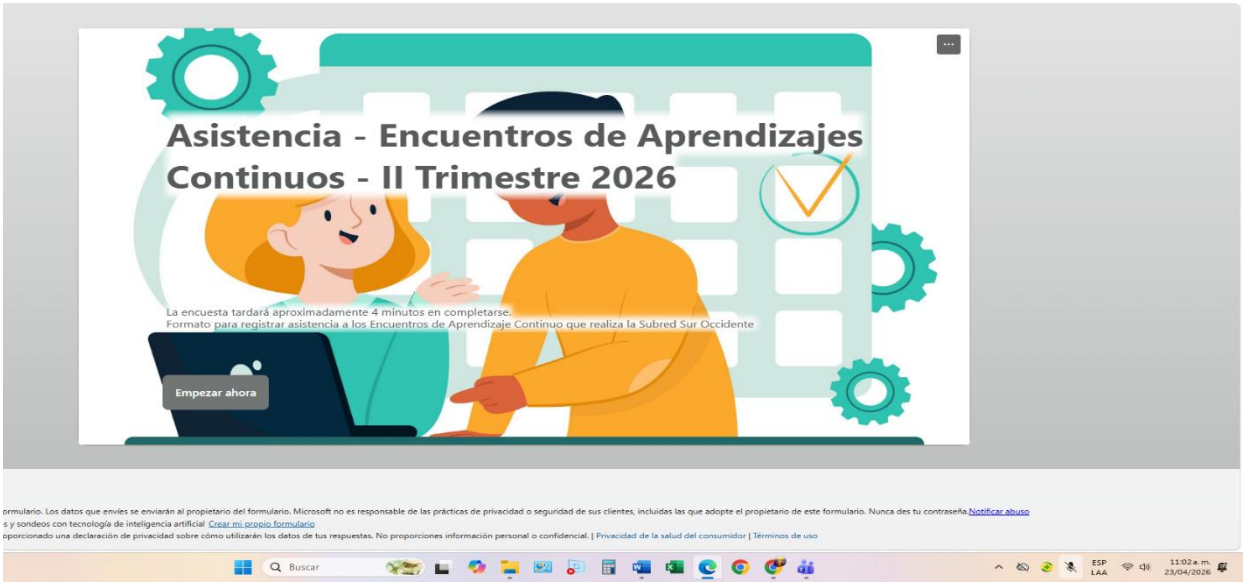


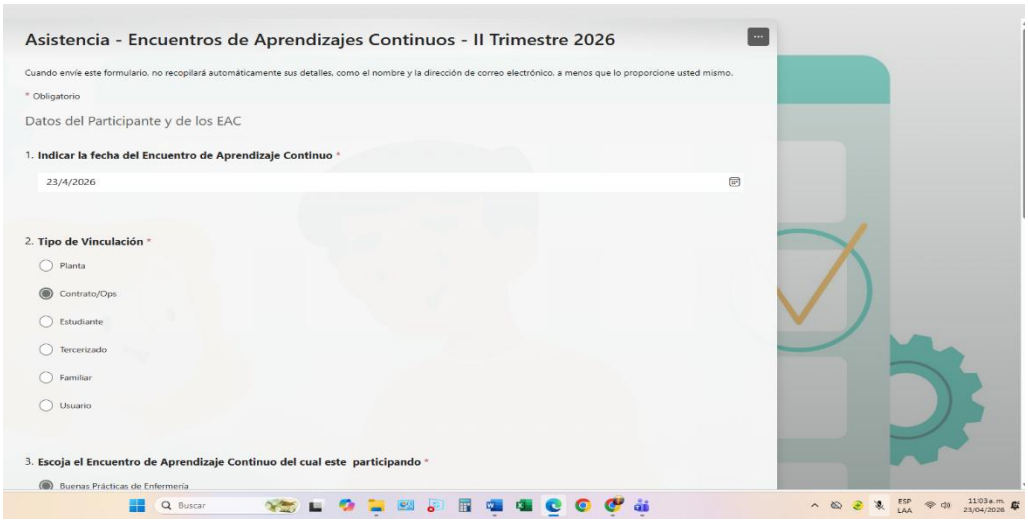

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
PRE TEST Y POST TEST IAAS - HIGIENE DE MANOS
RESULTADO: 100 CALIFICACION
Aceptar
SELECCIONAR
NOMBRE DEL COLABORADOR
NÚMERO DE CÉDULA
SEDE DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES
SERVICIO

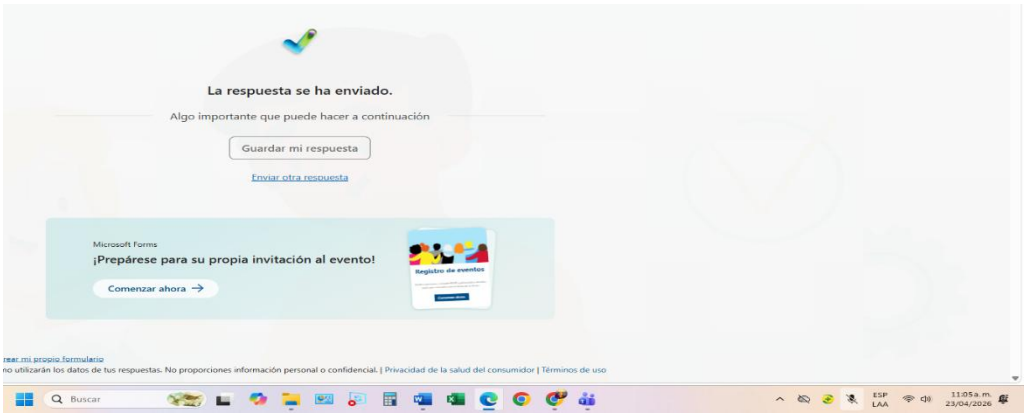

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
PRE TEST Y POST TEST IAAS - HIGIENE DE MANOS
RESULTADO: 100 CALIFICACION
Aceptar
SELECCIONAR
NOMBRE DEL COLABORADOR
NÚMERO DE CÉDULA
SEDE DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES
SERVICIO

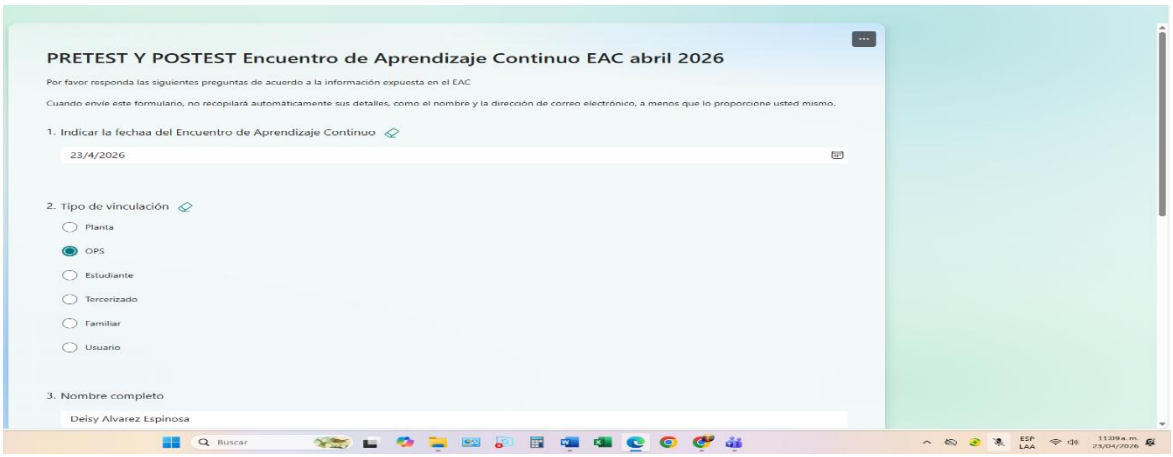

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN INSTITUCIONAL MANEJO DE SITUACIONES CON PACIENTE, FAMILIAR O USUARIO AGRESIVO
DATOS GENERALES
Sede:
Hospital de Bosa
Cargo / Perfil:
ENFERMERO
Área o Servicio
GINECOLOGIA
Tipo de Vinculación
OPS
Dirección a la que pertenece:
GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA
Siguiente

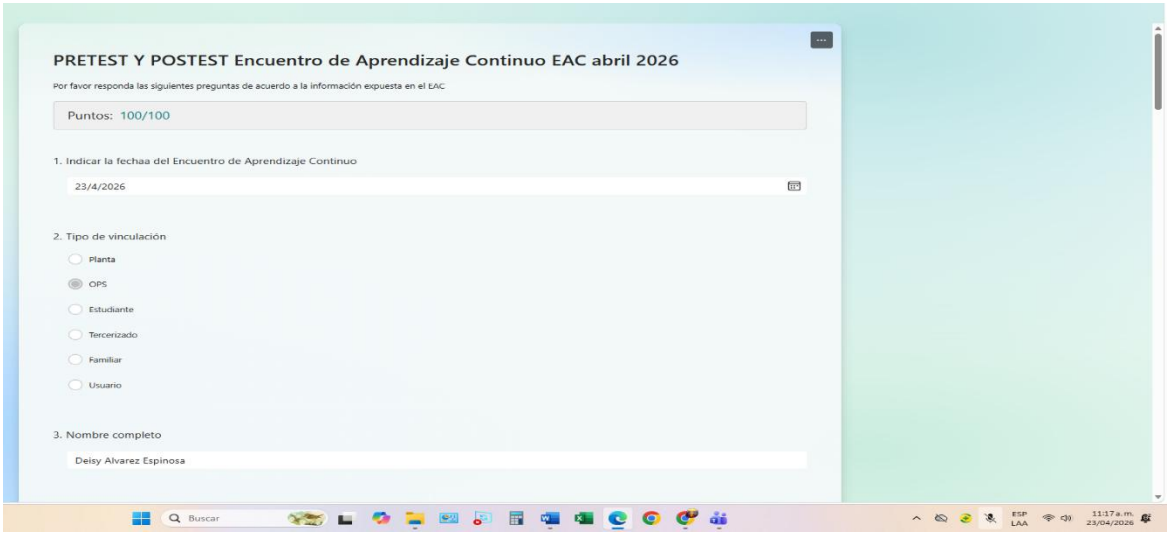

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN INSTITUCIONAL MANEJO DE SITUACIONES CON PACIENTE, FAMILIAR O USUARIO AGRESIVO
Se registró la información con éxito
Aceptar
DATOS GENERALES
Sede:
Cargo / Perfil:
Área o Servicio
Tipo de Vinculación
Dirección a la que pertenece:

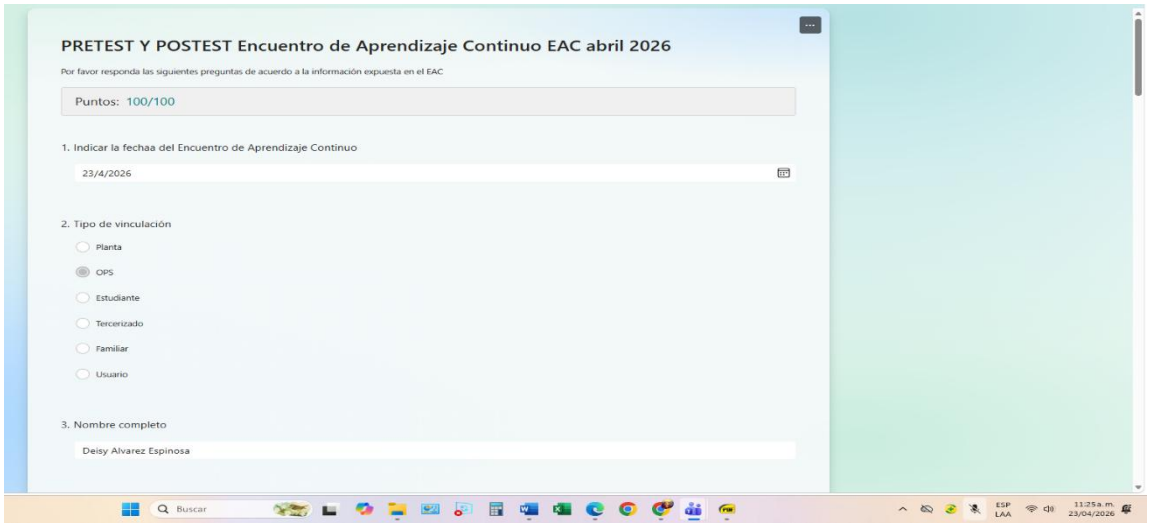

Asistencia - Encuentros de Aprendizajes Continuos - II Trimestre 2026
La encuesta tardará aproximadamente 4 minutos en completarse.
Formato para registrar asistencia a los Encuentros de Aprendizaje Continuo que realiza la Subred Sur Occidente
Empezar ahora
ormulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña. Notificar abuso
s y sondeos con tecnología de inteligencia artificial. Crear mi propio formulario
oporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial. | Privacidad de la salud del consumidor | Términos de uso
Buscar
ESP LAA
11:02 a. m. 23/04/2026

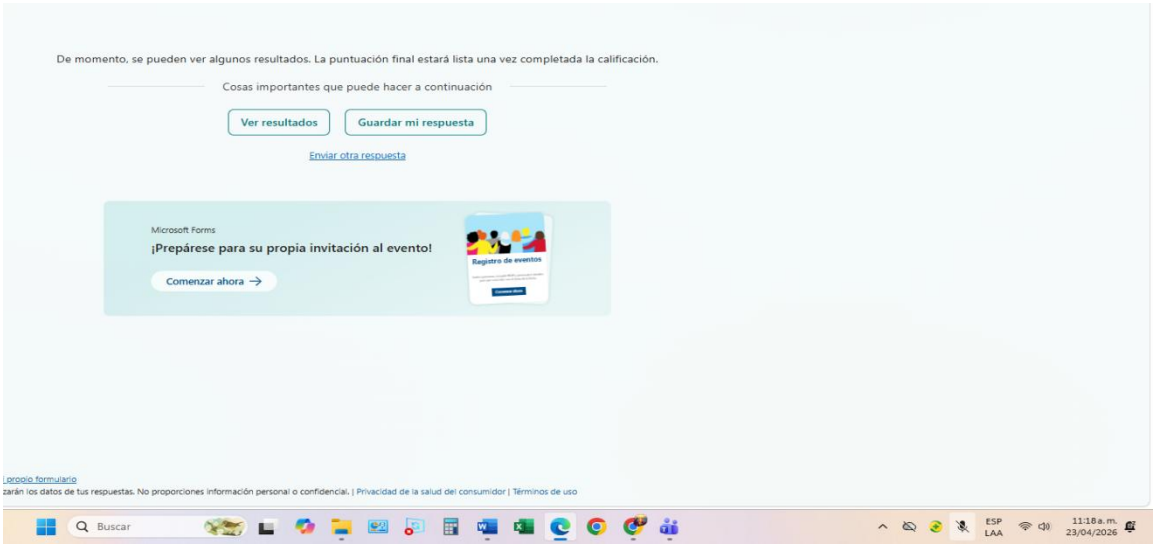

Asistencia - Encuentros de Aprendizajes Continuos - II Trimestre 2026
Cuando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.
* Obligatorio
Datos del Participante y de los EAC
1. Indicar la fecha del Encuentro de Aprendizaje Continuo *
23/4/2026
2. Tipo de Vinculación *
Planta
Contrato/Ops
Estudiante
Tercerizado
Familiar
Usuario
3. Escoja el Encuentro de Aprendizaje Continuo del cual este participando *
Buenas Prácticas de Enfermería

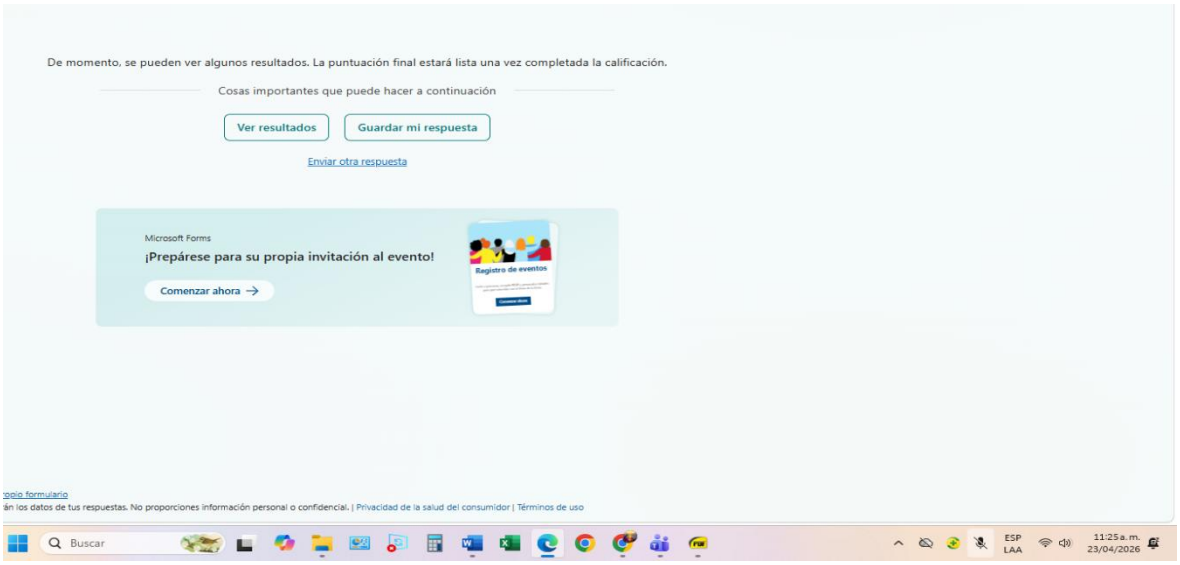

La respuesta se ha enviado.
Algo importante que puede hacer a continuación
Guardar mi respuesta
Enviar otra respuesta
Microsoft Forms
¡Prepárese para su propia invitación al evento!
Comenzar ahora
Registro de eventos
no utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial. | Privacidad de la salud del consumidor | Términos de uso


PRETEST Y POSTEST Encuentro de Aprendizaje Continuo EAC abril 2026
Por favor responda las siguientes preguntas de acuerdo a la información expuesta en el EAC
Cuando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.
1. Indicar la fechaa del Encuentro de Aprendizaje Continuo
23/4/2026
2. Tipo de vinculación
Planta
OPS
Estudiante
Tercerizado
Familiar
Usuario
3. Nombre completo
Deisy Alvarez Espinosa


PRETEST Y POSTEST Encuentro de Aprendizaje Continuo EAC abril 2026
Por favor responda las siguientes preguntas de acuerdo a la información expuesta en el EAC
Puntos: 100/100
1. Indicar la fechaa del Encuentro de Aprendizaje Continuo
23/4/2026
2. Tipo de vinculación
Planta
OPS
Estudiante
Tercerizado
Familiar
Usuario
3. Nombre completo
Deisy Alvarez Espinosa


PRETEST Y POSTEST Encuentro de Aprendizaje Continuo EAC abril 2026
Por favor responda las siguientes preguntas de acuerdo a la información expuesta en el EAC
Puntos: 100/100
1. Indicar la fechaa del Encuentro de Aprendizaje Continuo
23/4/2026
2. Tipo de vinculación
Planta
OPS
Estudiante
Tercerizado
Familiar
Usuario
3. Nombre completo
Deisy Alvarez Espinosa
Buscar
ESP
LAA
11:25 a. m.
23/04/2026


De momento, se pueden ver algunos resultados. La puntuación final estará lista una vez completada la calificación.
Cosas importantes que puede hacer a continuación
Ver resultados
Guardar mi respuesta
Enviar otra respuesta
Microsoft Forms
¡Prepárese para su propia invitación al evento!
Comenzar ahora
Registro de eventos
propio formulario
zarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial. | Privacidad de la salud del consumidor | Términos de uso
Buscar
ESP
LAA
11:18 a. m.
23/04/2026


De momento, se pueden ver algunos resultados. La puntuación final estará lista una vez completada la calificación.
Cosas importantes que puede hacer a continuación
Ver resultados
Guardar mi respuesta
Enviar otra respuesta
Microsoft Forms
¡Prepárese para su propia invitación al evento!
Comenzar ahora
Registro de eventos
opio formulario
án los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial. | Privacidad de la salud del consumidor | Términos de uso
Buscar
ESP
LAA
11:25 a. m.
23/04/2026



Asistencia Entrenamientos Iniciativa Angels 2026

La encuesta tardará aproximadamente 4 minutos en completarse.

Por medio de la presente autorizo a Boehringer Ingelheim S.A, domiciliada en la Avenida Calle 116 No 7 – 15 Oficina 1401, Piso 14, Edificio Torre Cuzcas, Bogotá, Colombia, para que realice operaciones tales como recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, procesamiento, compilación, administración y análisis ("el Tratamiento") de mis datos personales, que pueden incluir, entre otros, mi nombre y apellido, N.° de matrícula profesional, especialidad, dirección de correo electrónico, teléfono, domicilio, lugar de trabajo e historial de participación en actividades y eventos médicos organizados por Boehringer y/o entidades relacionadas. Igualmente, autorizo el Tratamiento de mi imagen y/o voz (fotografías y/o grabaciones) en las que pueda resultar identificable) captadas en dichos espacios. Conforme a esta autorización, Boehringer podrá procesar, transmitir, ceder y de cualquier otra forma tratar mis datos a fin de contactarme, interactuar y proporcionarme información, publicaciones y comunicaciones útiles sobre sus productos, patologías, actividades y compañías del Grupo Boehringer Ingelheim; gestionar mi participación en eventos (presenciales o virtuales) dirigidos a profesionales de la salud, incluyendo registro, control de accesos y envío de materiales; y publicar fotografías y/o videos del evento en repositorios y/o plataformas cerradas de Boehringer y de terceros con acceso restringido a asistentes autenticados para fines de memoria profesional, visualización y/o descarga, por el tiempo necesario o hasta que solicite su supresión. En particular, acepto y autorizo a Boehringer a transferir y/o transmitir mis datos personales fuera del territorio colombiano, incluso a países cuya legislación pueda no comportar las medidas de seguridad exigidas por la autoridad local, por sí o a través de terceros que actúen por cuenta y orden de Boehringer y únicamente a los fines indicados en esta autorización, incluyendo especialmente, pero sin limitación, a proveedores tecnológicos que soportan plataformas de relacionamiento, gestión de eventos, contenido, CRM, almacenamiento y analítica, y a otras entidades vinculadas a ellos. Entiendo que tengo derecho a acceder a mis datos personales brindados a Boehringer en cualquier momento y solicitar su actualización, rectificación, sustitución, supresión, revocar esta autorización o oponerme al Tratamiento cuando proceda legalmente, y solicitar la eliminación de cualquier fotografía o grabación en la que aparezca identificable; y en general ejercer los demás derechos consagrados en la Ley 1581 de 2012 y demás decretos reglamentarios, contactando al correo angel.co@boehringer-ingelheim.com o al teléfono: (+57) (601) 5141440. Los datos suministrados por usted serán tratados de acuerdo con la Política de Tratamiento y Protección de Datos de BI Colombia, disponible en: https://www.boehringer-ingelheim.com/es/sobre-nosotros/ética-y-compliance/pdf/politica-de-tratamien...'

Cuando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.

* Obligatorio

1. Acepta el tratamiento de Datos Personales *

Acepto

2. Consultora Angels que invita *

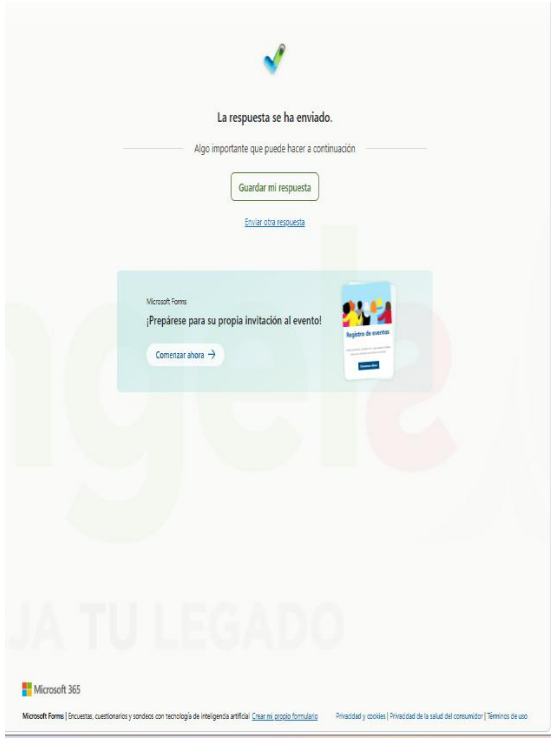
Andrea Torres Narvaez

3. Nombres *

Deisy

4. Apellidos *

Alvarez Espinosa



La respuesta se ha enviado.

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

Enviar otra respuesta

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!

Comenzar ahora

Microsoft 365

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial Crear mi propio formulario

Privacidad y cookies | Privacidad de la salud del consumidor | Términos de uso



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD CENSO PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (SUBREDES)

* Obligatorio

DATOS DEL PRESTADOR

2. **Seleccione la Subred Integrada de Servicios de Salud correspondiente:** *

Subred Integrada de Servicios de Salud Su...

3. **Tipo de actividad ejercida** *

Administrativa

Asistencial

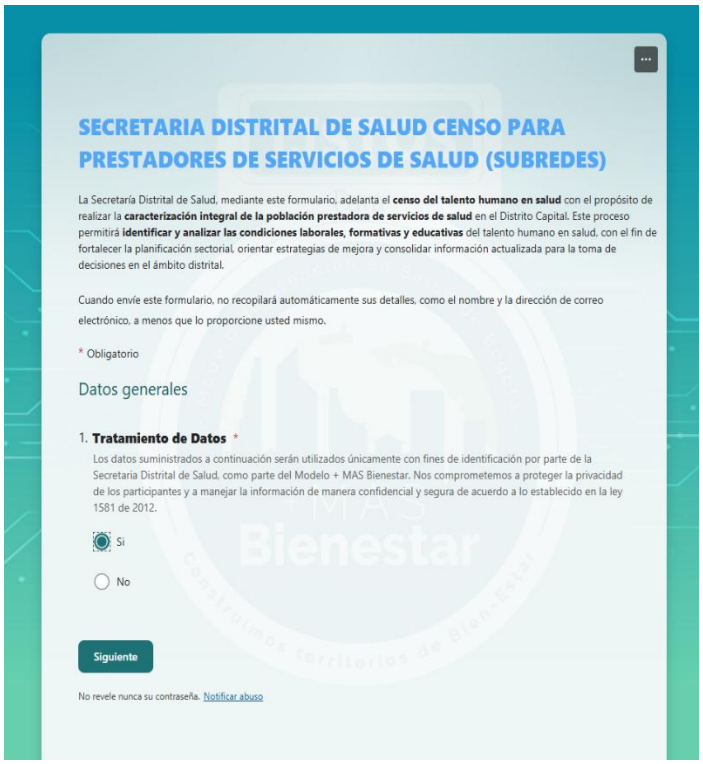
4. **Correo electrónico (institucional)** *

deisalve01@gmail.com

Atrás

Siguiente

No revele nunca su contraseña. Notificar abuso



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD CENSO PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (SUBREDES)

La Secretaría Distrital de Salud, mediante este formulario, adelanta el **censo del talento humano en salud** con el propósito de realizar la **caracterización integral de la población prestadora de servicios de salud** en el Distrito Capital. Este proceso permitirá **identificar y analizar las condiciones laborales, formativas y educativas** del talento humano en salud, con el fin de fortalecer la planificación sectorial, orientar estrategias de mejora y consolidar información actualizada para la toma de decisiones en el ámbito distrital.

Cuando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.

* Obligatorio

Datos generales

1. **Tratamiento de Datos** *

Los datos suministrados a continuación serán utilizados únicamente con fines de identificación por parte de la Secretaria Distrital de Salud, como parte del Modelo + MAS Bienestar. Nos comprometemos a proteger la privacidad de los participantes y a manejar la información de manera confidencial y segura de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012.

Si

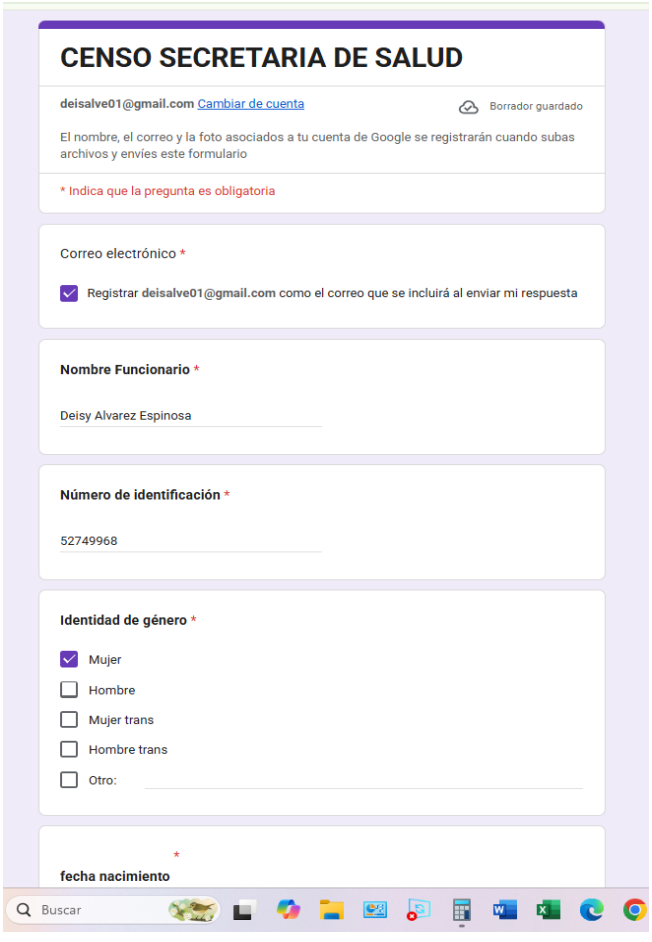
No

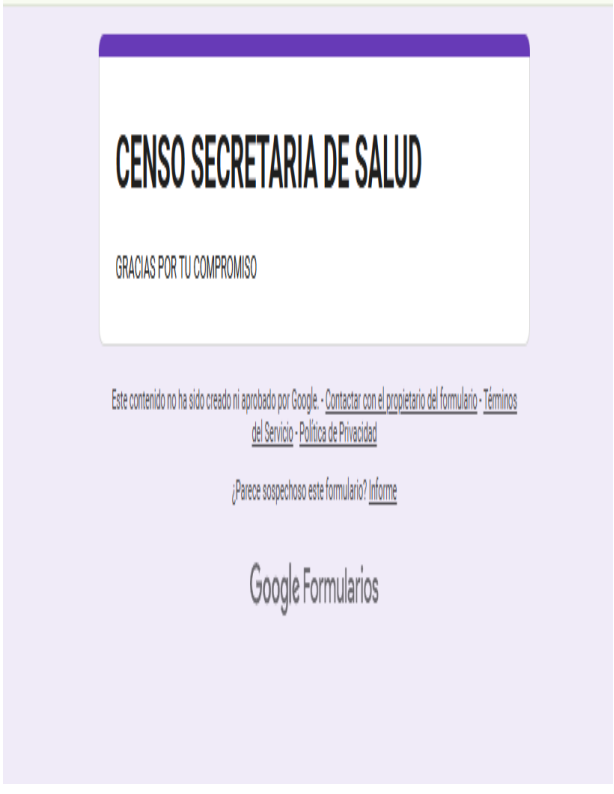
Siguiente

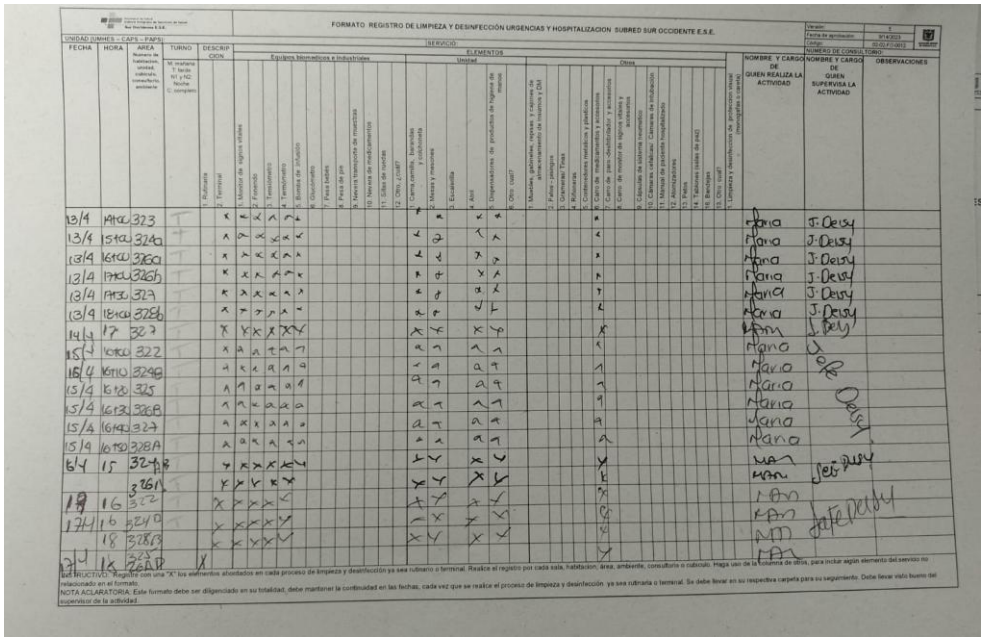
No revele nunca su contraseña. Notificar abuso


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD CENSO PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (SUBREDES)
¡Gracias por su tiempo y por ayudarnos a construir una Bogotá con + MAS Bienestar
Atrás
Enviar
No revele nunca su contraseña. Notificar abuso
Microsoft 365
Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.
Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial Crear mi propio formulario
El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial. | Privacidad de la salud del consumidor | Términos de uso
Bienestar
Construimos territorios de Bien-Estar


La respuesta se ha enviado.
Algo importante que puede hacer a continuación
Guardar mi respuesta
Enviar otra respuesta
Microsoft Forms
¡Prepárese para su propia invitación al evento!
Comenzar ahora
Registro de eventos
Microsoft 365
Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial Crear mi propio formulario
El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial. | Privacidad de la salud del consumidor | Términos de uso


CENSO SECRETARIA DE SALUD
deisalve01@gmail.com Cambiar de cuenta
Borrador guardado
El nombre, el correo y la foto asociados a tu cuenta de Google se registrarán cuando subas archivos y envíes este formulario
* Indica que la pregunta es obligatoria
Correo electrónico *
Registrar deisalve01@gmail.com como el correo que se incluirá al enviar mi respuesta
Nombre Funcionario *
Deisy Alvarez Espinosa
Número de identificación *
52749968
Identidad de género *
Mujer
Hombre
Mujer trans
Hombre trans
Otro:
*
fecha nacimiento
Buscar


CENSO SECRETARIA DE SALUD
GRACIAS POR TU COMPROMISO
Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Contactar con el propietario del formulario - Términos del Servicio - Política de Privacidad
¿Parece sospechoso este formulario? Informe
Google Formularios



FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.

UNIDAD (UMHES – CAPS – PAPS):

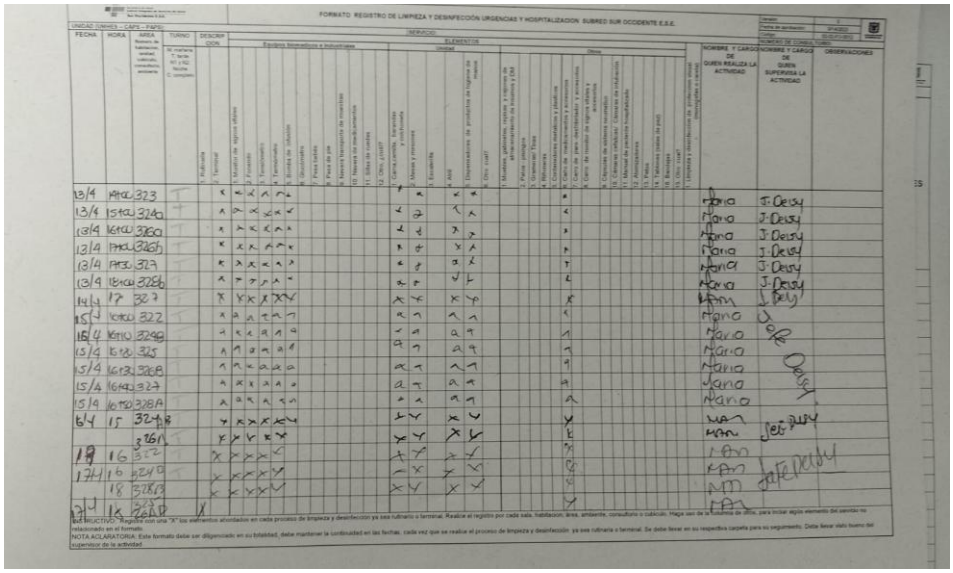
SERVICIO:

NUMERO DE CONSULTORIO:

FECHA	HORA	AREA (Numero de habitación, unidad, cubículo, consultorio, ambiente)	TURNO (M: mañana T: tarde N1 y N2: Noche C: completo)	DESCRIPCION ACTIVIDAD: 1. Rutinaria 2. Terminal	Equipos biomédicos e industriales: 1. Monitor de signos vitales 2. Ventilador 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. Silla de ruedas 12. Otro, ¿cuál?	Unidad: 1. Cama camilla, barandas y colchonetas 2. Mesas y mesones 3. Escalerilla 4. Aire 5. Dispensadores de productos de higiene de manos 6. Otro, cuál?	Otros: 1. Muebles, gabinetes, repisas y rejillas de almacenamiento (interno y externo) 2. Palos - pinzajos 3. Cortinas/ Tiras 4. Rifleteros 5. Consultorios médicos y plásticos 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 neumático 10. Cámaras cefálicas- Cámaras de intubación 11. Manejo de paciente hospitalizado 12. Aforadores 13. Palos 14. Tablones (sala de yeso) 15. Bandejas 16. Otro, cuál?	1. Limpieza y desinfección de superficies (incluir procedimiento a realizar)	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
13/4	MAÑ	323	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria	J. Deisy	
13/4	15	324A	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria	J. Deisy	
13/4	16	326A	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria	J. Deisy	
13/4	PM	326B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria	J. Deisy	
13/4	PM	327	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria	J. Deisy	
13/4	18	328B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria	J. Deisy	
14/4	17	327	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam	J. Deisy	
15/4	10	322	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria	Jefe	
15/4	10	324B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria		
15/4	16	325	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria		
15/4	16	326B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria		
15/4	16	327	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria		
15/4	16	328A	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Maria		
16/4	15	324B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam	Jefe Deisy	
		326A	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
17/4	16	322	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
17/4	16	324B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam	Jefe Deisy	
	18	328B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
20/4	16	322	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
		324B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
		326A	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		

INSTRUCTIVO: Registro con una "X" los elementos abordados en cada proceso de limpieza y desinfección ya sea rutinario o terminal. Realice el registro por cada sala, habitación, área, ambiente, consultorio o cubículo. Haga uso de la columna de otros, para incluir algún elemento del servicio no relacionado en el formato.

NOTA ACLARATORIA: Este formato debe ser diligenciado en su totalidad, debe mantener la continuidad en las fechas, cada vez que se realice el proceso de limpieza y desinfección ya sea rutinaria o terminal. Se debe llevar en su respectiva carpeta para su seguimiento. Debe llevar visto bueno del supervisor de la actividad.



FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.

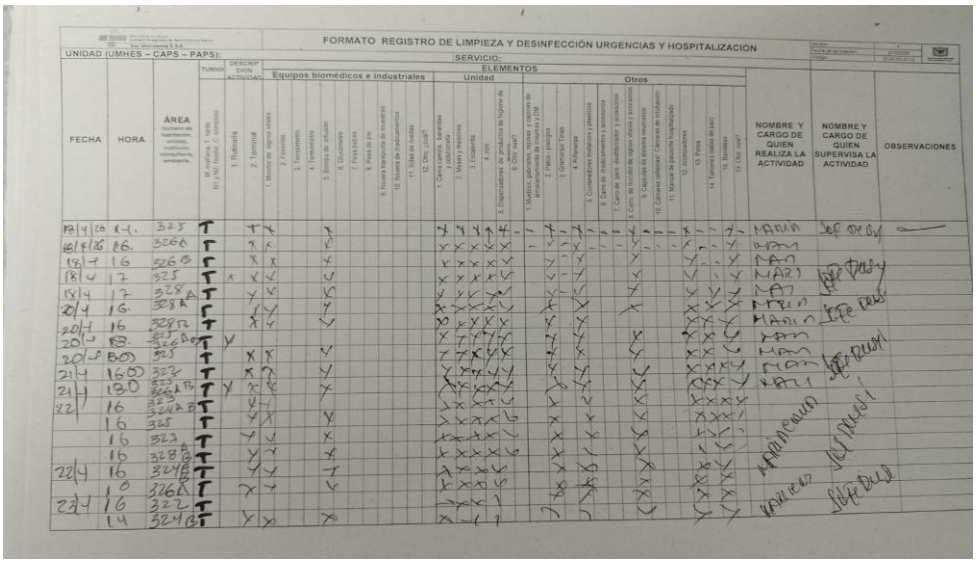
UNIDAD (UMHES – CAPS – PAPS):

SERVICIO:

NUMERO DE CONSULTORIO:

INSTRUCTIVO: Registro con una "X" los elementos abordados en cada proceso de limpieza y desinfección ya sea rutinario o terminal. Realice el registro por cada sala, habitación, área, ambiente, consultorio o cubículo. Haga uso de la columna de otros, para incluir algún elemento del servicio no relacionado en el formato.

NOTA ACLARATORIA: Este formato debe ser diligenciado en su totalidad, debe mantener la continuidad en las fechas, cada vez que se realice el proceso de limpieza y desinfección ya sea rutinaria o terminal. Se debe llevar en su respectiva carpeta para su seguimiento. Debe llevar visto bueno del supervisor de la actividad.

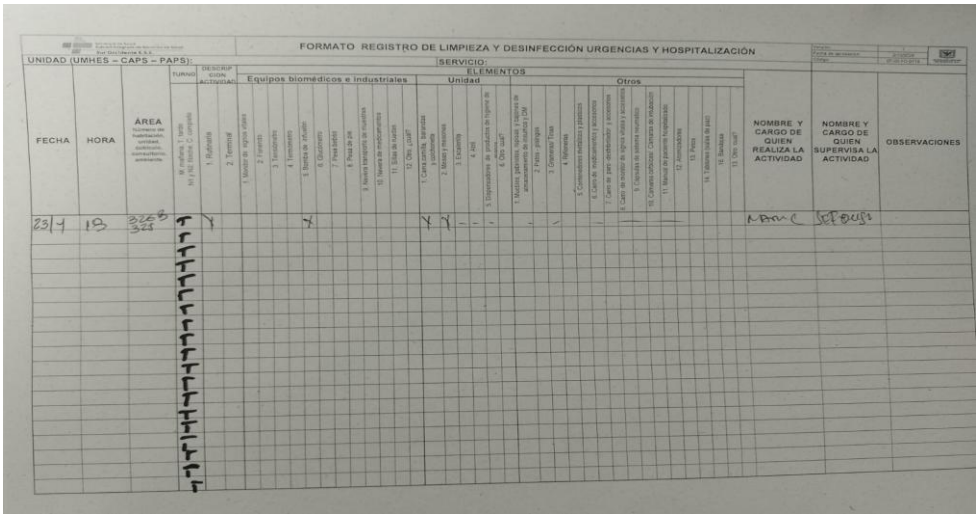


FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

UNIDAD (UMHES – CAPS – PAPS):

SERVICIO:

FECHA	HORA	ÁREA (Numero de habitación, unidad, cubículo, consultorio, ambiente)	TURNO (M: mañana T: tarde N1 y N2: Noche C: completo)	DESCRIPCION ACTIVIDAD: 1. Rutinaria 2. Terminal	Equipos biomédicos e industriales: 1. Monitor de signos vitales 2. Ventilador 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. Silla de ruedas 12. Otro, ¿cuál?	Unidad: 1. Cama camilla, barandas y colchonetas 2. Mesas y mesones 3. Escalerilla 4. Aire 5. Dispensadores de productos de higiene de manos 6. Otro, cuál?	Otros: 1. Muebles, gabinetes, repisas y rejillas de almacenamiento (interno y externo) 2. Palos - pinzajos 3. Cortinas/ Tiras 4. Rifleteros 5. Consultorios médicos y plásticos 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 neumático 10. Cámaras cefálicas- Cámaras de intubación 11. Manejo de paciente hospitalizado 12. Aforadores 13. Palos 14. Tablones (sala de yeso) 15. Bandejas 16. Otro, cuál?	1. Limpieza y desinfección de superficies (incluir procedimiento a realizar)	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
13/4	10	325	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	MARIA	Jefe Deisy	
16/4	16	326A	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
16/4	16	326B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
18/4	17	325	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	MAZI	Jefe Deisy	
18/4	17	328A	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	MAI		
20/4	16	328B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam	Jefe Deisy	
20/4	16	322	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
20/4	18	327 / 328A	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
20/4	16	323	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam	Jefe Deisy	
21/4	16	322	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
21/4	18	327 / 328A	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
22/4	16	322 / 324A	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
	16	325	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
	16	323	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
	16	328B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
22/4	16	324B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
	10	326A	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
23/4	16	322	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		
	14	324B	T	X	X X X X X X X X X X X	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X	X	Mam		

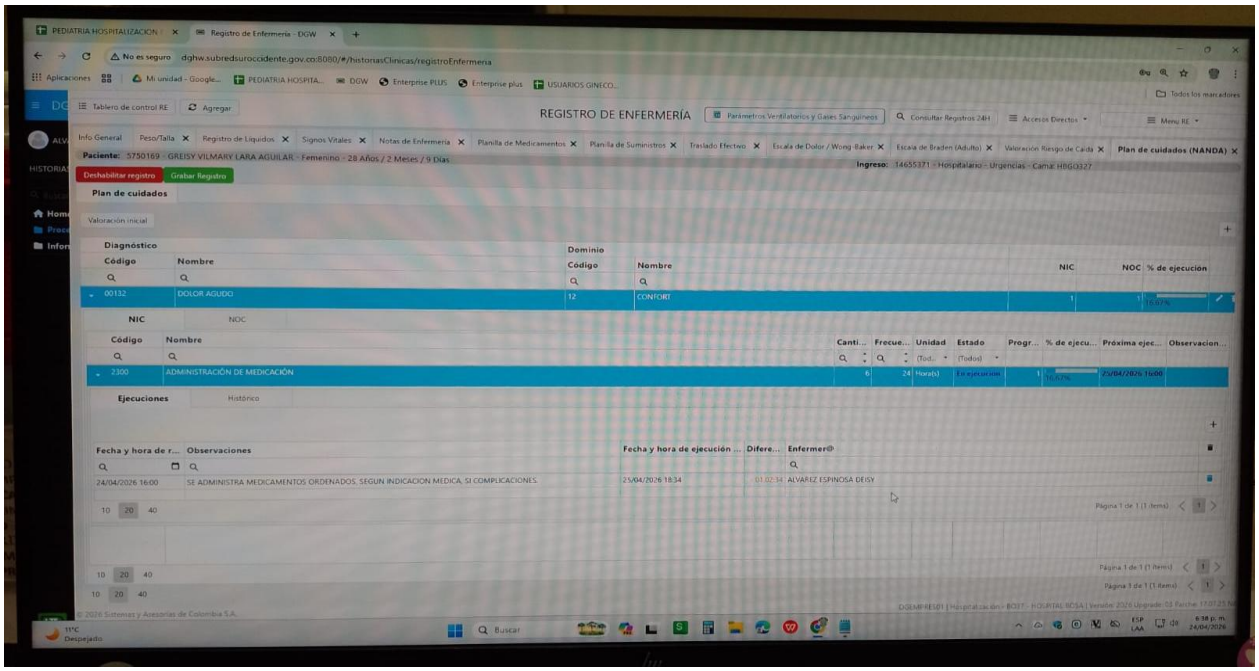


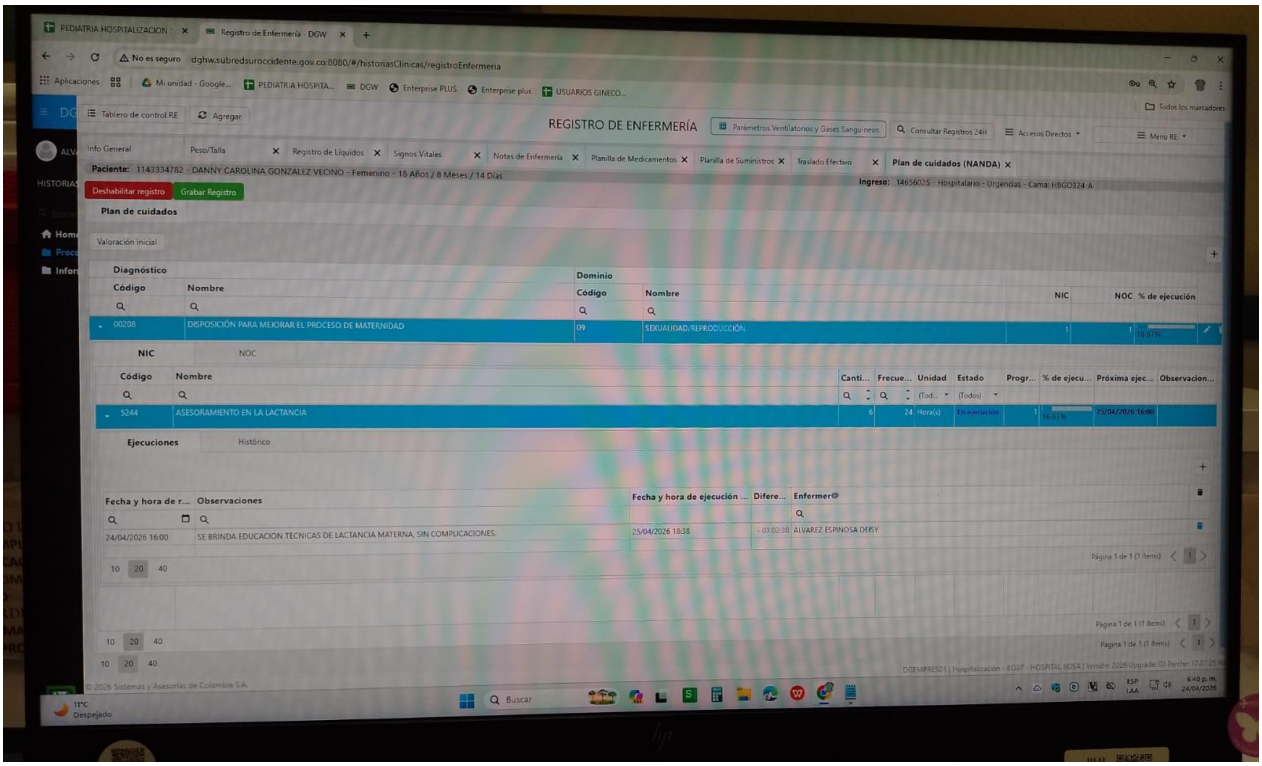
FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

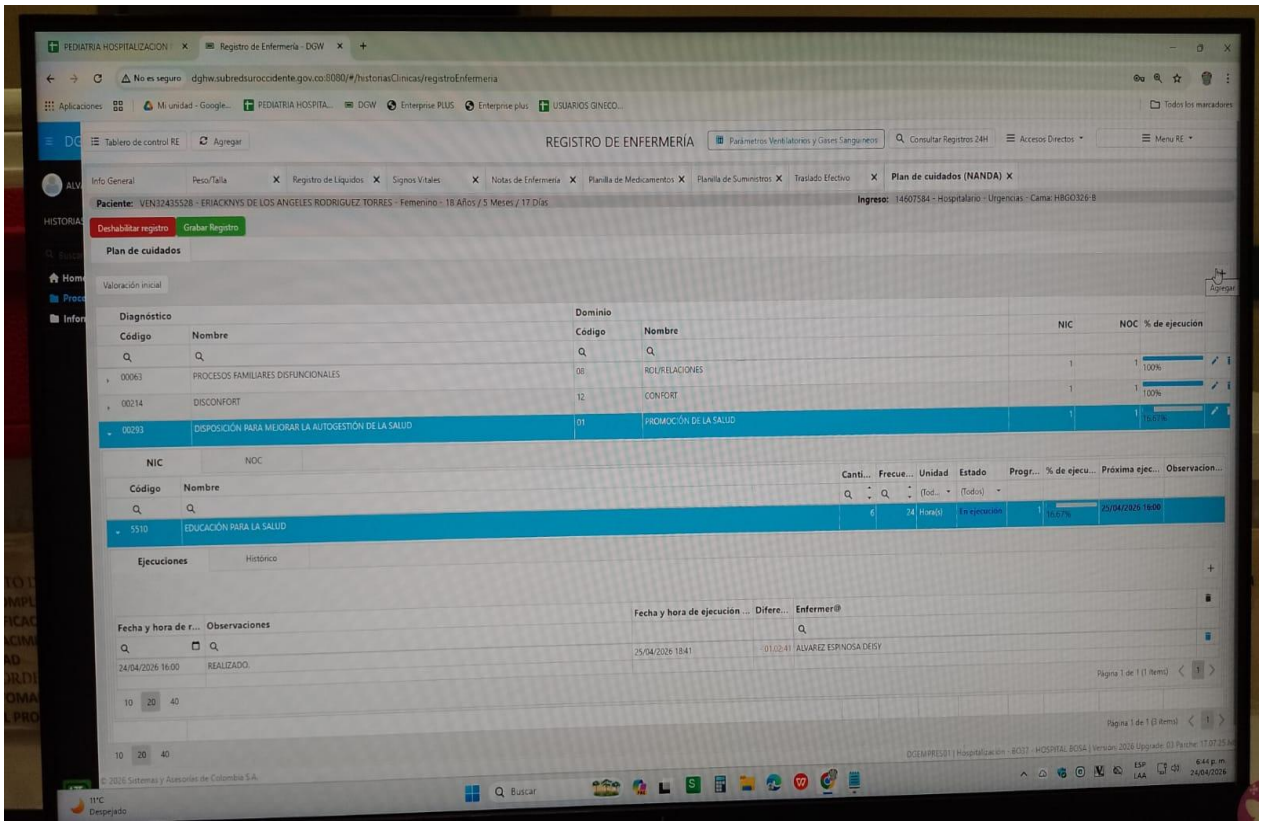
UNIDAD (UMHES – CAPS – PAPS):

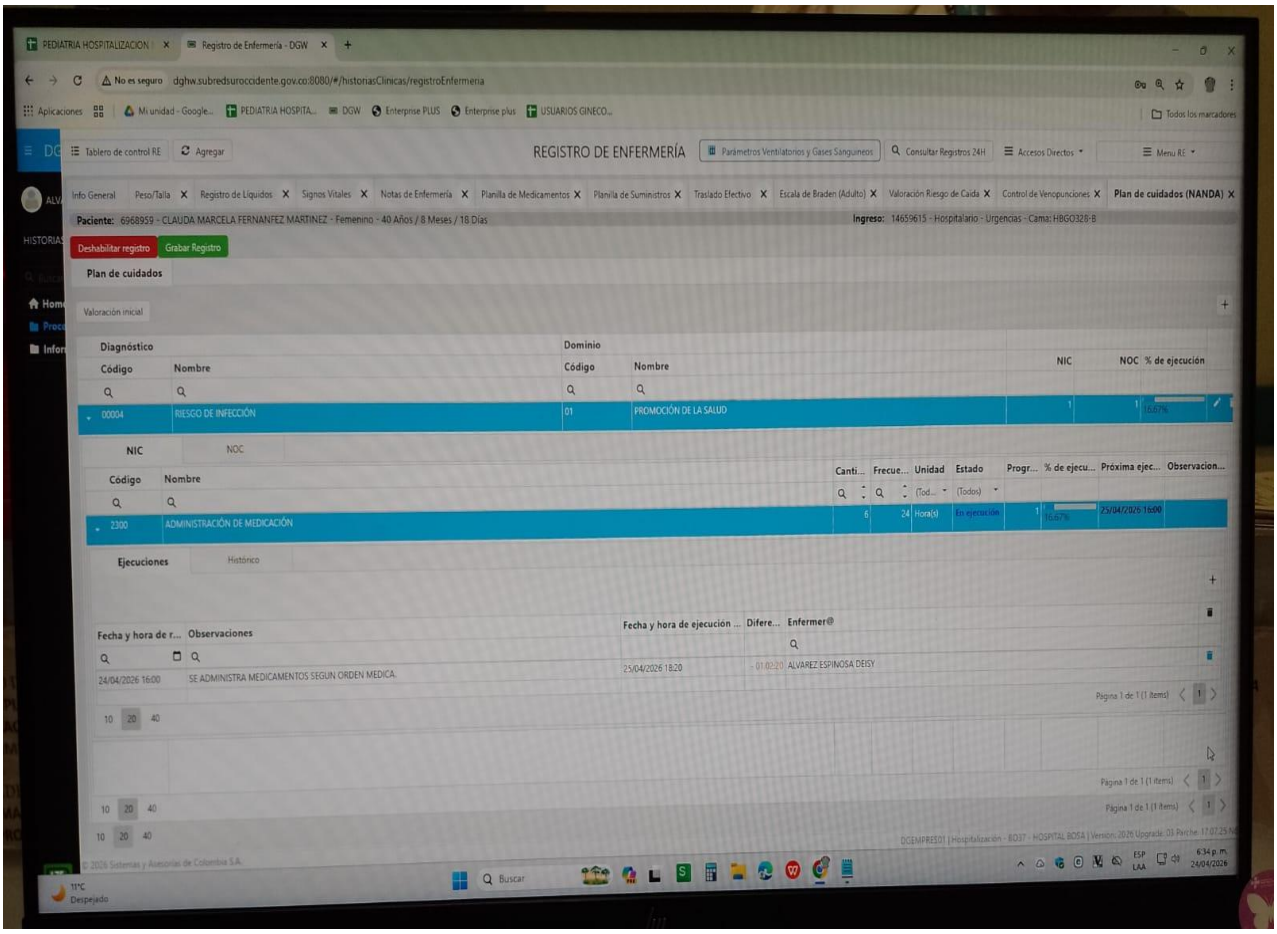
SERVICIO:

FECHA	HORA	ÁREA	TURNO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	ELEMENTOS	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
					Equipos biomédicos e industriales / Unidad / Otros			
23/4	19	3258 325	T					






PEDIATRIA HOSPITALIZACION
Registro de Enfermería - DGW
No es seguro
dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Paciente: VEN32435528 - ERIACKNYS DE LOS ANGELES RODRIGUEZ TORRES - Femenino - 18 Años / 5 Meses / 17 Días
Ingreso: 14607584 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBGO326-B
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Dominio
NIC
NOC
% de ejecución
00063
PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES
08
ROL/RELACIONES
00214
DISCONFORT
12
CONFORT
00293
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD
01
PROMOCIÓN DE LA SALUD
5510
EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Ejecuciones
Histórico
24/04/2026 16:00
REALIZADO.
25/04/2026 18:41
ALVAREZ ESPINOSA DEISY


PEDIATRIA HOSPITALIZACION
Registro de Enfermería - DGW
No es seguro
dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Paciente: 6968959 - CLAUDIA MARCELA FERNANFEZ MARTINEZ - Femenino - 40 Años / 8 Meses / 18 Días
Ingreso: 14659615 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBGO328-B
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Dominio
NIC
NOC
% de ejecución
00004
RIESGO DE INFECCIÓN
01
PROMOCIÓN DE LA SALUD
2300
ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
Ejecuciones
Histórico
24/04/2026 16:00
SE ADMINISTRA MEDICAMENTOS SEGUN ORDEN MEDICA.
25/04/2026 18:20
ALVAREZ ESPINOSA DEISY

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:	DEISY ALVAREZ ESPINOSA							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52749968		
CORREO ELECTRONICO:	deisalve01@gmail.com				CELULAR:	3016626105		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37I03	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	456000144216				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	974			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	291	FECHA	2026-01-19 06:12:54.000	NÚMERO DE CRP	11607	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ENFERMERO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-04-01		2026-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,103,718				
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:	$16,414,872
VALOR EJECUTADO	$11,516,886
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,103,718
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,897,986
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	70%

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
8372541096	$1,694,438	$211,805	$271,110	3	$41,277	$524,191

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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
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.	Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral	Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los paciente	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
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	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participar en la programación de las actividades del área	Participo en la programación de las actividades del área	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO LO REQUIERA
Impartir instrucciones al personal a cargo	Imparto instrucciones al personal a cargo	PLAN DE ENFERMERIA
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Realizo los procedimientos al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio	Realizo los procedimientos al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio.
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera mi participación	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
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
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Elaboraro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	FORMATO INSTITUCIONAL	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participare en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	CUANDO SE REQUIERA	CUANDO SE REQUIERA
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 SE REQUIERA
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
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realizo supervicion de los contratos para los que sea designado	CUANDON SE REQUIERA

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

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)
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

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DEISY ALVAREZ ESPINOSA**, identificada con **CC** número **52749968**, aportó por **DEISY ALVAREZ ESPINOSA** identificado(a) con **CC** número **52749968** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 03 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,750,905	0.16000	$280,200	$0	$0	Marzo - 2026	8372541096	16/04/2026	NO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,750,905	0.02436	$42,700	$0	$0	Marzo - 2026	8372541096	16/04/2026	NO
EPS005	Sanitas EPS	59															0		30	$1,750,905	0.12500	$218,900	$0	$0	Marzo - 2026	8372541096	16/04/2026	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **23** días del mes **Abril** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DEISY ALVAREZ ESPINOSA
No. Identificación: CC52749968
Dirección: CRA 87 H N 42 44 SUR
Telefono: 3016626105
Correo: deisalve01@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8372541096

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DEISY ALVAREZ ESPINOSA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52749968	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2026
Número de planilla	8372541096	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2026
Fecha pago	2026-04-16	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	72541096	**Total Pagado**	541800
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8372541096

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	280200	1
EPS005	Sanitas EPS	218900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52749968
APELLIDOS Y NOMBRES: DEISY ALVAREZ ESPINOSA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	25-14	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

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

INFORME POR ADMINISTRADORA RIESGOS LABORALES-ARL

RAZÓN SOCIAL APORTANTE	DEISY ALVAREZ ESPINOSA		
NIT APORTANTE	CC52749968	FORMA DE PRESENTACIÓN	U
TIPO PLANILLA	I	NOMBRE SUCURSAL O DEPENDENCIA	PRINCIPAL
Nº PLANILLA	8372541096	PERIODO LIQUIDACIÓN SALUD	3-2026
FECHA DE PAGO	16 04 2026	PERIODO LIQUIDACIÓN PENSIONES, ARL, CCF, SENA E ICBF	3-2026
NOMBRE ADMINISTRADORA	ARL SURA	TOTAL IBC	1.750.905
Nº DE EMPLEADOS REPORTADOS	1	Nº DÍAS INTERESES DE MORA	0
APORTANTE EXONERADO PAGO DE PARAFISCALES Y SALUD	No	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN	

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	SALARIO	INTEGRAL	TARIFA	COTIZACIÓN	CLASE RIESGO
1	CC 52749968	ALVAREZ ESPINOSA DEISY	59	0																		30	$1.750.905	$1.750.905		2.44%	$42.700	3

VALORES TOTALES

TOTAL APORTES (+)	42.700
TOTAL INTERÉS MORA (+)	0
TOTAL DESCUENTOS INCAPACIDADES Y LICENCIAS(+)	0
TOTAL PAGADO	42.700

PAGADO

compensar | miplanilla.com

INFORME POR ADMINISTRADORA FONDO DE PENSIONES-AFP

RAZÓN SOCIAL APORTANTE	DEISY ALVAREZ ESPINOSA		
NIT APORTANTE	CC52749968	FORMA DE PRESENTACIÓN	U
TIPO PLANILLA	I	NOMBRE SUCURSAL O DEPENDENCIA	PRINCIPAL
Nº PLANILLA	8372541096	PERIODO LIQUIDACIÓN SALUD	3-2026
FECHA DE PAGO	16 04 2026	PERIODO LIQUIDACIÓN PENSIONES, ARL, CCF, SENA E ICBF	3-2026
NOMBRE ADMINISTRADORA	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	TOTAL IBC	1.750.905
Nº DE EMPLEADOS REPORTADOS	1	Nº DÍAS INTERESES DE MORA	0
APORTANTE EXONERADO PAGO DE PARAFISCALES Y SALUD	No	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN	

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	SALARIO	INTEGRAL	TARIFA	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	APORTE VOLUNTARIO
1	CC 52749968	ALVAREZ ESPINOSA DEISY	59	0																		30	$1.750.905	$1.750.905		16.00%	$280.200	$0	$0	$0

VALORES TOTALES

TOTAL APORTES (+)	280.200
TOTAL INTERÉS MORA (+)	0
TOTAL FONDO SOLIDARIDAD (+)	0
TOTAL APORTES VOLUNTARIOS (+)	0
TOTAL PAGADO	280.200

PAGADO

compensar | miplanilla.com

INFORME POR ADMINISTRADORA ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD-EPS

RAZÓN SOCIAL APORTANTE	DEISY ALVAREZ ESPINOSA		
NIT APORTANTE	CC52749968	FORMA DE PRESENTACIÓN	U
TIPO PLANILLA	I	NOMBRE SUCURSAL O DEPENDENCIA	PRINCIPAL
Nº PLANILLA	8372541096	PERIODO LIQUIDACIÓN SALUD	3-2026
FECHA DE PAGO	16 04 2026	PERIODO LIQUIDACIÓN PENSIONES, ARL, CCF, SENA E ICBF	3-2026
NOMBRE ADMINISTRADORA	Sanitas EPS	TOTAL IBC	1.750.905
Nº DE EMPLEADOS REPORTADOS	1	Nº DÍAS INTERESES DE MORA	0
APORTANTE EXONERADO PAGO DE PARAFISCALES Y SALUD	No	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN	

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	SALARIO	INTEGRAL	TARIFA	COTIZACIÓN	UPC ADICIONAL
1	CC 52749968	ALVAREZ ESPINOSA DEISY	59	0																		30	$1.750.905	$1.750.905		12.50%	$218.900	$0

VALORES TOTALES

TOTAL APORTES (+)	218.900
TOTAL UPC ADICIONAL	0
TOTAL INTERÉS MORA (+)	0
TOTAL DESCUENTOS INCAPACIDADES Y LICENCIAS(+)	0
TOTAL PAGADO	218.900

PAGADO

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	52749968	ALVAREZ	ESPINOSA	DEISY		2017-06	Compensar	COTIZANTE
CC	52749968	ALVAREZ	ESPINOSA	DEISY		2022-06	Famisanar	COTIZANTE
CC	52749968	ALVAREZ	ESPINOSA	DEISY		2026-03	Sanitas	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2025	22	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2024	9	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2024	23	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2023	8	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	06/2022	13	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	11/2021	26	COTIZANTE	Estado Emeregencia
Famisanar	10/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	09/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	08/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	07/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	06/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	05/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	04/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	03/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	02/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	01/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	12/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	03/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	02/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	01/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	12/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	11/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	10/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	09/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Famisanar	08/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	07/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	06/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	05/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	04/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	03/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	02/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	01/2019	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	12/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	11/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	10/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	09/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	08/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	07/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	06/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	05/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	04/2018	28	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	03/2018	1	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	02/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	01/2018	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	12/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	11/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	10/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	09/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	08/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	07/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2017	18	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2017	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2017	15	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2016	4	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Compensar	10/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2015	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2014	30	COTIZANTE	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*
Compensar	01/2014	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2013	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2013	0	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2013	0	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2013	0	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2013	0	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2013	0	COTIZANTE	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.