

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión: 3  
Fecha de aprobación: 2/15/2018  
Código: 04-02-FO-0002



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

|   |                     |  |     |                 |            |  |  |
|---|---------------------|--|-----|-----------------|------------|--|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                     | Deisy Liliana Ramos Loaiza   |     |                 |            |  |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          | C.C                 | X  | C.E | No.             | 1018502309 |  |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         | dlr141098@gmail.com |  |     | CELULAR:        | 3202367745 |  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                     |  |     | SUBRED          |            |  |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                     | HOSPITALIZACION QUIRURGICOS (pre y post quirurgicas) HOSPITAL BOSA |     | SEDE:           | SUBRED     |  |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo     | %  |     |                 |            |  |  |
|   | BO37I20             | 100  |     |                 |            |  |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         | BANCOLOMBIA S.A     |  |     | TIPO DE CUENTA: | AHORRO     |  |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   | 91257508957         |  |     | PENSIONADO      | NO         |  |  |

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

|                    |      |       |                         |               |       |       |                         |
|--------------------|------|-------|-------------------------|---------------|-------|-------|-------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | 883  |       |                         | VIGENCIA      | 2026  |       |                         |
| NÚMERO DE CDP      | 1146 | FECHA | 2026-05-14 15:16:14.000 | NÚMERO DE CRP | 20452 | FECHA | 2026-05-28 00:00:00.000 |

OBJETO DEL CONTRATO:

|                      |       |               |       |             |
|----------------------|-------|---------------|-------|-------------|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
|                      |       | 2026-05-01    |       | 2026-05-31  |

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$2,572,380

|                   |             |                     |     |
|-------------------|-------------|---------------------|-----|
| 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: | \$17,730,060 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$2,572,380  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$2,572,380  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$15,157,680 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 15%          |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 75634125           | \$1,028,952       | \$128,619                | \$164,632              | 3         | \$25,065   | \$318,317     |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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

| OBLIGACIÓN   | ACTIVIDADES  | PRODUCTOS   |
|--|--|---|
| Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente | Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente. | ENTREGA DE TURNO  |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.  | Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.   | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA  |
| Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.   | Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.  | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención  | Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención   | CUANDO SE REQUIERAN   |
| Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.  | Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento   | ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO   |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad   | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad  | PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES  |
| Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.   | Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.  | PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES  |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.   | Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.  | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION                           |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.  | Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible  | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION                           |
| 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 INSTIRUCIONALE   |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.   | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.  | FORMATO INSTITUCIONAL   |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato   | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato  | CUANDO SE REQUIERA  |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.   | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado   | CUANDO LO REQUIERAN   |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.   | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.  | CUANDO SE REQUIERA  |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.  | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.  | SISTEMA DE INFORMACION  |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.   | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales   | CUANDO LO REQUIERAN   |
| 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  |
| 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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                   |                    |                    |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|-------------------|--------------------|--------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO             |
| CC                  | 1018502309        | DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA |        | CR 81 B No 6 B 85 | 3202367745         | dlr41098@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                    |
| ÚNICA               | I - Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                    |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 75634125        | 11/05/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                            | I               | \$1,750,905               | \$579.200          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 5         | 800                   | 0              | 219.700       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 5         | 1.100                 | 0              | 281.300       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 42.700                 |                  |       |                        | 42.700                | 5         | 200                   | 42.900              |                            |                     | 427               | 42.900        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF21         | Cafam  | 860013570-3 | 35.100       | 5         | 200               | 35.300        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 5         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 5         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 218.900                             | 219.700        |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 281.300        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.900         |
| CCF                    | 1                              | 35.100                              | 35.300         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>4</b>                       | <b>576.900</b>                      | <b>579.200</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                   |                    |                    |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|-------------------|--------------------|--------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO             |
| CC                  | 1018502309        | DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA |        | CR 81 B No 6 B 85 | 3202367745         | dlr41098@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                    |
| ÚNICA               | I - Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                    |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 75634125        | 11/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                           | I               | \$1,750,905              | \$579.200          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                 |                            |  |                       |         |            |                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |       |            |          |                   |      |            |                     |                      |                                |                                 |          |              |      |                        |          |           |      |                 |            |            |           |      |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|--|-----------------------|---------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|------------|----------|-------------------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                            |  | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |            |                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     | SALUD |            |          | RIESGOS LABORALES |      |            |                     | CCF                  |                                |                                 |          | PARAFISCALES |      |                        |          |           |      |                 |            |            |           |      |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres        |  | Cotizante             | Subtipo | Extranjero | Colom. exarator | Exonerado | ING | RET | TDE | TPE | TDP | IPP | ISP | SEN | ISE | LMA     | VAC | AVP | VCT | IRL   | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP           | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS      | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC 1018502309                   | RAMOS LOAIZA DEISY LILIANA |  | 59                    | 0       |            |                 | N         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |       |            | 230301   | 1.750.905         | 30   | 280.200    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.750.905    | 30   | 218.900                | 14-11    | 1.750.905 | 30   | 3               | 42.700     | CCF21      | 1.750.905 | 30   | 35.100     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA



**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                  | 1018502309            | RAMOS           | LOAIZA           | DEISY         | LILIANA        | 2020-01                   | Compensar | BENEFICIARIO    |
| CC                  | 1018502309            | RAMOS           | LOAIZA           | DEISY         | LILIANA        | 2026-04                   | Compensar | COTIZANTE       |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 04/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2024              | 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 | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2023              | 8                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2023              | 1                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2022              | 20               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2022              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 05/2022              | 23               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 04/2022              | 6                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2021              | 13               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2020              | 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 | 04/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2020              | 1                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2018              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |



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

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 07/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2017              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo "Observación \*" denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDU, 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.



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS         |
|--------------------------|---------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC            |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1018502309    |
| NOMBRES                  | DEISY LILIANA |
| APELLIDOS                | RAMOS LOAIZA  |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**      |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTA D.C.   |
| MUNICIPIO                | BOGOTA D.C.   |

#### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                 | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|---|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 28/04/1998                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

Fecha de  
Impresión:

05/27/2026  
17:44:05

Estación de  
origen:

192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA**

**C.C 1.018.502.309**

La suma de \$ 2.572.380 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA servicio de QUIRURGICAS durante el periodo del 1 al 31 de MAYO 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 883-2026



**DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA**

**C.C 1.018.502.309**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**9125750895**



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

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 |                   |                  |                    |                           |        |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción  | Nombre del archivo          | Cargado por   |
|--|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ENERO.pdf   | CUENTA DE COBRO ENERO.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MARZO.pdf   | CUENTA DE COBRO MARZO.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

Paciente: 4065456 - FERLEY EDWIN CUBIDES POVEDA - Masculino - 46 Años / 1 Meses / 6 Días

Ingreso: 14703475 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBHXE514-B

Valoración Riesgo Caída

1. Estado Conciencia  
Presenta cualquier estado de conciencia alterado o patología neurológica (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsiva, depresión, ansiedad, riesgo suicida, discapacidad o alteración cognitiva).

2. Trastornos Visuales o Auditivos  
Presenta trastorno visual o auditivo

3. Edad  
Edad (Paciente mayor de 60 años o menor de edad).

4. Diagnóstico Médico  
Diagnóstico médico: Vértigo, patología coronaria, vascular, Parkinson ACV, epilepsia, incontinencia urinarias u otra que favorezca la caída.

5. Dolor  
Paciente con Dolor.

6. Accesos Invasivos  
Accesos invasivos (venosos, vesicales, SNG, tubo de tórax, entre otros).

7. Medicamentos  
Recibe cualquiera de estos medicamentos: Sedantes, Psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares, hipoglucemiantes, anticoagulantes.

Puntaje Total

10 20 40

Página 1 de 1 (9 items)

**ALTO RIESGO** **RIESGO BAJO**

Grabar Cancelar

| Fecha y hora     | Edad de RL... | Riesgo Alto                         | Clasificaci... | Puntaje T... | Enfermer@                  | Área de Servicio                               |
|------------------|---------------|-------------------------------------|----------------|--------------|----------------------------|--|
| 07/05/2026 08:00 | (Todos)       | <input checked="" type="checkbox"/> | A              | 5            | RAMOS LOAIZA DEISY LILIANA | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA |

Paciente: 4065456 - FERLEY EDWIN CUBIDES POVEDA - Masculino - 46 Años / 1 Meses / 6 Días Ingreso: 14703475 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBHXE514-B

Nuevo

Hora: 07:00

### Escala de Braden

(Todos)

- 1. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la Presión)
  - 1 Completamente Limitada. No responde a estímulos dolorosos.
  - 2 Muy Limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos.
  - 3 Levemente Limitada. Responde a Ordenes Verbales.
  - 4 No Alterada. Sin Déficit sensorial.
- 2. EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD (Nivel de exposición de la piel a la humedad)
  - 1 Completamente Húmeda. Casi constantemente (sudor, orina, drenajes, estomas).
  - 2 Muy Húmeda. Es necesario cambio de sábanas por turno.
  - 3 Ocasionalmente Húmeda. Es necesario el cambio sábanas cada 12 horas.
  - 4 Raramente Húmeda. Piel normalmente seca.
- 3. ACTIVIDAD (Nivel de actividad física)
  - 1 En Cama.
  - 2 En Silla.
  - 3 Camina Ocasionalmente.
  - 4 Camina con Frecuencia.
- 4. MOVILIDAD (Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo)

RIESGO UPP (TOTAL):

Página 1 de 1 (23 ítems)

**ALTO RIESGO** | **RIESGO MODERADO** | **RIESGO BAJO**

*Debe seleccionar al menos un ítem.*

### Lista de Registros

Visor de Escala | Graficos

| Fecha y hora     | Riesgo UPP Total | Nivel de Riesgo | Enfermer@                  | Área de Servicio                          |
|------------------|------------------|-----------------|----------------------------|---|
| 07/05/2026 08:00 | 19               | RIESGO BAJO     | RAMOS LOAIZA DEISY LILIANA | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPL... |

Página 1 de 1 (1 ítems)

Paciente: 4065456 - FERLEY EDWIN CUBIDES POVEDA - Masculino - 46 Años / 1 Meses / 6 Días Ingreso: 14703475 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBHXE514-B

Nuevo Enfermer@: RAMOS LOAIZA DEISY LILIANA

Hora: 07:00 Fecha y hora Intensidad Dolor Area de Servicio Enfermer@

Escala de dolor / Wong Baker: Ninguno 07/05/2026 08:00 (Todos) 2 Dolor Leve HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA RAMOS LOAIZA DEISY LILIANA

Observaciones:

Grabar Cancelar

El campo ESCALA DE DOLOR debe tener un valor.

10 20 40

Página 1 de 1 (1 Items)

## Pretest - EAC Generalidades del modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía

Apreciado colaborador a continuación, usted encontrará seis (6) preguntas relacionadas con el tema de la capacitación, esta evaluación tiene como objetivo identificar los conocimientos que trae sobre el tema y los adquiridos durante la jornada, de manera que podamos establecer la efectividad de la misma. **Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y elija la respuesta que considere correcta.**

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

1. Fecha de Diligenciamiento del Pretest \*

7/5/2026

2. Número de Identificación (sin puntos, ni comas) \*

1018502309

3. Nombres y Apellidos Completos \*

DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA

## Pretest - EAC Generalidades del modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía

Apreciado colaborador a continuación, usted encontrará seis (6) preguntas relacionadas con el tema de la capacitación, esta evaluación tiene como objetivo identificar los conocimientos que trae sobre el tema y los adquiridos durante la jornada, de manera que podamos establecer la efectividad de la misma. **Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y elija la respuesta que considere correcta.**

Puntos: 100/100

### Datos del Participante

1. Fecha de Diligenciamiento del Pretest \*

7/5/2026



2. Número de Identificación (sin puntos, ni comas) \*

1018502309

3. Nombres y Apellidos Completos \*

DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA



## Asistencia y Postest - EAC Generalidad de la Ruta Materno Perinatal

La encuesta tardará aproximadamente 5 minutos en completarse.  
Formato para registrar el postest y asistencia al Encuentro de Aprendizaje Continuo que realiza la Subred Sur Occidente.

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

1. Indicar la Fecha del Postest y Encuentro de Aprendizaje Continuo \*

25/5/2026

2. Tipo de Vinculación \*

- Planta
- Contrato/Ops
- Estudiante
- Tercerizado
- Familiar
- Usuario

3. Número de Identificación (sin puntos, ni comas) \*

1018502309

4. Nombres y Apellidos Completos \*

DESY LILIANA RAMOS LOAIZA

5. Perfil \*

AUXILIAR DE ENFERMERIA

6. Correo Electrónico \*



## Asistencia y Postest - EAC Generalidad de la Ruta Materno Perinatal

La encuesta tardará aproximadamente 5 minutos en completarse.  
Formato para registrar el postest y asistencia al Encuentro de Aprendizaje Continuo que realiza la Subred Sur Occidente.

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

1. Indicar la Fecha del Postest y Encuentro de Aprendizaje Continuo \*

25/5/2026

2. Tipo de Vinculación \*

- Planta
- Contrato/Ops
- Estudiante
- Tercerizado
- Familiar
- Usuario

3. Número de Identificación (sin puntos, ni comas) \*

1018502309

4. Nombres y Apellidos Completos \*

DESY LILIANA RAMOS LOAIZA

5. Perfil \*

AUXILIAR DE ENFERMERIA

6. Correo Electrónico \*



## Asistencia y Postest - Generalidades del modelo de relacionamiento integral con la ciudadan

La encuesta tardará aproximadamente 5 minutos en completarse.  
Formato para registrar el postest y asistencia al Encuentro de Aprendizaje Continuo que realiza la Subred Sur Occidente.

Puntos: 100/100

### Datos del Participante

1. Indicar la Fecha del Postest y Encuentro de Aprendizaje Continuo \*

7/5/2026

2. Tipo de Vinculación \*

- Planta
- Contrato/Ops
- Estudiante
- Tercerizado
- Familiar
- Usuario

3. Número de Identificación (sin puntos, ni comas) \*

1018502309

4. Nombres y Apellidos Completos \*



## Asistencia y Postest - Generalidades del modelo de relacionamiento integral con la ciudadan

La encuesta tardará aproximadamente 5 minutos en completarse.  
Formato para registrar el postest y asistencia al Encuentro de Aprendizaje Continuo que realiza la Subred Sur Occidente.

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

1. Indicar la Fecha del Postest y Encuentro de Aprendizaje Continuo \*

7/5/2026

2. Tipo de Vinculación \*

- Pianta
- Contrato/Ops
- Estudiante
- Tercerizado
- Familiar
- Usuario

3. Número de Identificación (sin puntos, ni comas) \*

1018502309

4. Nombres y Apellidos Completos \*

DEISY LILIANA RAMOS LOAIZA

## SOCIALIZACION CONSENTIMIENTO DE ENFERMERIA DINAMICA WEB

Quando 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. NOMBRE COMPLETO

Deisy Liliana Ramos Loaiza

### 2. NUMERO DE DOCUMENTO

1018502309

### 3. DIRECCION A LA QUE PERTENECE

HOSPITALARIA

URGENCIAS

### 4. TIPO DE CONTRATO

PLANTA

OPS



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 →



7:26



docs.google.com



# ASEGURATE ABRIL

Código Dorado para la atención integral de la conducta suicida

d1r141098@gmail.com [Cambiar cuenta](#)



Se guardó el borrador

\* Indica que la pregunta es obligatoria

Correo electrónico \*



Registrar d1r141098@gmail.com como el correo electrónico que se incluirá en mi respuesta

NUMERO DE IDENTIFICACION \*

1018502309

NOMBRES Y APELLIDOS \*

Deisy Liliana Ramos Loaiza



7:27



docs.google.com



# ASEGURATE ABRIL

Se registró tu respuesta.

Google no creó ni aprobó este contenido. - [Comunicarse con el propietario del formulario](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

## Google Formularios

7:23



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

ASEGÚRATE CODIGO DORADO MAYO 2026

FECHA

2026-05-15

(Hoy)



SELECCIONAR

PRE TEST

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Deisy Liliana Ramos Loaiza

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1018502309

UNIDAD

Hospital de Bosa

SERVICIO

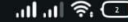
Hospitalización

PERFIL

Auxiliar de enfermería

Siguiente

7:24



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

ASEGÚRATE CODIGO DORADO MAYO 2026

FECHA



RESULTADO:  
100.00000000000001  
CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

UNIDAD

Pregunta requerida

SERVICIO

7:26



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

ASEGÚRATE CODIGO DORADO MAYO 2026

FECHA

2026-05-15

(Hoy)



SELECCIONAR

POS TEST

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Deisy Liliana Ramos Loaiza

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1018502309

UNIDAD

Hospital de Bosa

SERVICIO

Hospitalización

PERFIL

Auxiliar de enfermería

**Siguiente**

7:25



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

ASEGÚRATE CODIGO DORADO MAYO 2026

FECHA



**RESULTADO:**  
100.00000000000001  
**CALIFICACION**

Aceptar

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

UNIDAD

Pregunta requerida

SERVICIO





Turno Nocturno Quirúrgicos

| UNIDAD (UMHES - CAPS - PAPS): |       | SERVICIO:   |   |                       |                                   |  |  |  |  |        |   | FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN |   | <small>                     Número de Unidad<br/>                     Fecha de actualización<br/>                     Versión                 </small> |  |  |               |       |
|-------------------------------|-------|---|---|-----------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--------|---|---|---|--|--|--|---------------|-------|
| FECHA                         | HORA  | ÁREA<br><small>                     Hábitat de habitación, sala, quirófano, consultorio, laboratorio, sala de espera, etc.                 </small> | TURNO<br><small>                     N/A, Nocturno, Matutino, Vespertino                 </small> | 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 |
| 21/5/16                       | 10:00 | SEMPRIS 513   | M   | X                     | X                                 |  |  |  |  |        | X | X   | X | X  | X  |  |               |       |
| 22/5/16                       | 10:00 | SEMPRIS 513   | M   | X                     | X                                 |  |  |  |  |        | X | X   | X | X  | X  |  |               |       |
| 23/5/16                       | 10:00 | SEMPRIS 513   | M   | X                     | X                                 |  |  |  |  |        | X | X   | X | X  | X  |  |               |       |