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:	YENSI VALENTINA LEAL OTAVO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1027523950	
CORREO ELECTRONICO:	OTAVOVALEN@GMAIL.COM				CELULAR:	3127249119	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37I06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	22164740955				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	892			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	21997	FECHA	2026-05-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-04-01		2026-04-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,489,400						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10,289,520
VALOR EJECUTADO	$7,302,240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,489,400
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,987,280
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	71%

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
9502092278	$995,760	$124,470	$159,322	3	$24,257	$308,048

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
RECIBIR Y ENTREGAR TURNO POR PACIENTE ASIGNADO E INFORMAR SOBRE LA EVOLUCION Y LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON EL FIN DE PROPORCIONAR AL TURNO ENTRANTE INFORMACION ACTUALIZADA Y DAR CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA.	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 ENFERMERIA ASIGNADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DEL SERVICIO.	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
INFORMAR AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA LOS CAMBIOS EN LA EVOLUCION DEL PACIENTE PARA TOMAR MEDIDAS OPORTUNAS EN EL MANEJO CLINICO 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 ATENCION.	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERAN
ASESORAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBREEL PLAN DE CUIDADOS EN CASA, GARANTIZAR LA COMPRESION DE LAS ORDENES MEDICAS 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 LKOS PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, GESTION AMBIENTAL Y CALIDAD.	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
BRINDAR ORIENTACION A LOS PACIENTES Y FAMILIARES CON RELACION A SUS NECESIDADES Y ESPECTATIVAS DE ACUERDO CON LAS POLITICAS INTITUCIONALES Y LAS NORMATIVAS 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 FACTURACION, ESTADISTICA, LIBROS DE REGISTRO EN FORMA LEGIBLE.	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
APORYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SEGUN 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 UN INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE LAS ACTIVIDADES, Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACION DEL 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 ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO D LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACION 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 contrat	CUANDO SE REQUIERA
PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION 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 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, ADEMAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION 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 SEGUN REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES 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 PRETACION DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACION 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 AFILIACION 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 mensualmenteC	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmenteC
REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS ACORDE CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUANDO LO REQUIERAN

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

carlos alberto corredor
1070020178
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YENSI VALENTINA LEAL OTAVO

CC: 1027523950

La suma de $2.489.400por concepto de: Prestación de Servicios como AUXILIAR DE ENFERMERÍA en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo DEL 01 AL 30DE ABRIL DE 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 892-2026

Vale. Otavo .

YENSI VALENTINA LEAL OTAVO

CC: 1027523950

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO: 22164740955

Turno Noche 01 Abril.

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

FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

Versión: 1 | Fecha de aprobación: 10/02/2026 | Código: 07-00-FO-0119

UNIDAD (UMHES – CAPS – PAPS):

SERVICIO: Medicina Interna 4to Ala B.

FECHA	HORA	ÁREA Número de habitación, unidad, cubículo, consultorio, ambiente.	TURNO M: mañana, T: tarde N1 y N2: Noche, C: completo	DESCRIPCION ACTIVIDAD 1. Rutinaria	DESCRIPCION ACTIVIDAD 2. Terminal	Equipos biomédicos e industriales 1. Monitor de signos vitales	2. Fonendo	3. Tensiómetro	4. Termómetro	5. Bomba de infusión	6. Glucómetro	7. Pesa bebés	8. Pesa de pie	9. Nevera transporte de muestras	10. Nevera de medicamentos	11. Sillas de ruedas	12. Otro, ¿cuál?	Unidad 1. Cama, camilla, barandas y colchoneta	2. Mesas y mesones	3. Escalerilla	4. Atril	5. Dispensadores de productos de higiene de manos	6. Otro cual?	Otros 1. Muebles, gabinetes, repisas y cajones de almacenamiento de insumos y DM	2. Patos - pisingos	3. Grameras/ Tinas	4. Riñoneras	5. Contenedores metalicos y plasticos	6. Carro de medicamentos y accesorios	7. Carro de paro -desfribrilador y accesorios	8. Carro de monitor de signos vitales y accesorios	9. Cápsulas de sistema neumatico	10. Cámaras cefalicas/ Cámaras de intubación	11. Manual de paciente hospitalizado	12. Atomizadores	13. Petos	14. Tablones (salas de paz)	16. Bandejas	13. Otro cual?	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
																																								Auxiliares. Enfermeria.	Jefes Enfermeria.	
13-04	05+30	424/431		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Natalia.		
13-04	05+30	432/439		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Yurany		
13-04	05+30	440/447		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Valentina		
15-04	05+30	424/431		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Natalia		
15-04	05+30	432/439		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Yurany		
15-04	05+30	440/447		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Valentina		
17-04	05+30	424/431		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Natalia		
17-04	05+30	432/439		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Yurany		
17-04	05+30	440/447		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Valentina		
19-04	05+30	424/431		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Natalia		
19-04	05+30	432/439		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Yurany		
19-04	05+30	440/447		X		X				X								X	X		X	X		X					X	X										Valentina		
21-04	05+30	424/431		X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X			X			X		Natalia		
21-04	05+30	432/439		X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X			X			X		Yurany		
21-04	05+30	440/447		X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X			X			X		Valentina		
23-04	05+30	424/431		X		X				X								X	X	X	X	X		X					X	X										Natalia.		
23-04	05+30	432/439		X		X				X								X	X	X	X	X		X					X	X										Astrid		
23-04	05+30	440/447		X		X				X								X	X	X	X	X		X					X	X										Valentina		
25-04	05+30.	424/431																																								

Karen Castillo ENFERMERA FUCS C.C. 1.007.297.982

Karen Castillo ENFERMERA FUCS C.C. 1.007.297.982

Santiago Devia Moreno C.C. 1001300248 Enfermero

TURNO N1

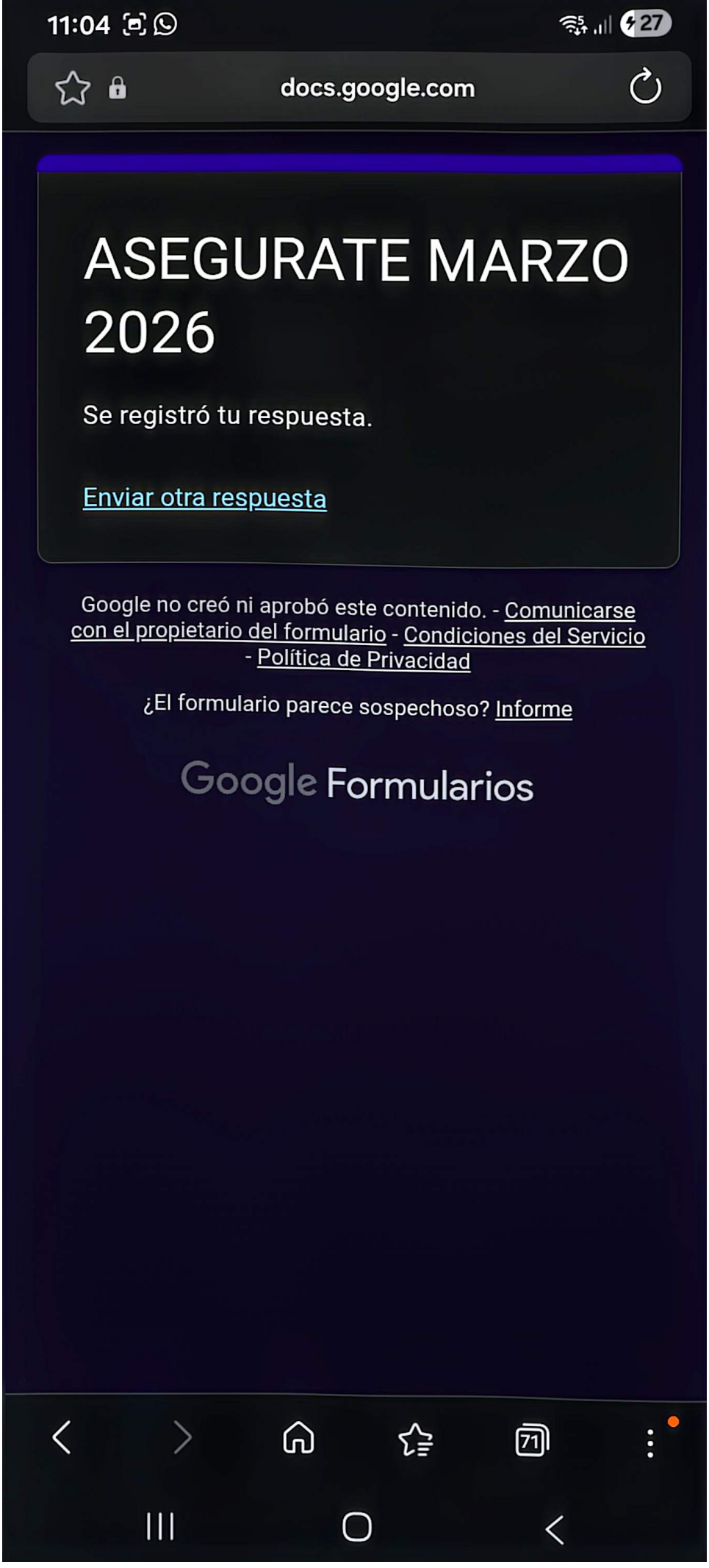
FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

UNIDAD (UMHES – CAPS – PAPS): Abril 2026 SERVICIO: Hospitalización 4 Ala A

FECHA	HORA	AREA	TURNO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		ELEMENTOS: Equipos biomédicos e industriales												Unidad						Otros																NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
			M mañana T tarde N1 y N2 Noche C corrido	1 Rutinaria	2 Terminal	1 Monitor de signos vitales	2 Flómetros	3 Tensiómetros	4 Termómetros	5 Bomba de infusión	6 Glucómetro	7 Pesa bebés	8 Pesa de pie	9 Nevera transporte de muestras	10 Nevera de medicamentos	11 [illegible]	12 Otro ¿cuál?	1 Cama camilla, barandas y colchones	2 Mesas y mesones	3 Espaldar	4 Atril	5 Dispensadores de productos de higiene de manos	6 Otro ¿cuál?	1 Muebles, gabinetes, repisas y cajones de almacenamiento de insumos y DM	2 Pisos, paredes	3 [illegible]	4 Teléfono	5 Contenedores metálicos y plásticos	6 Carros de medicamentos y accesorios	7 Carro de paro y accesorios	8 Carro de monitor de signos vitales y accesorios	9 Cápsulas de sistema neumático	10 [illegible]	11 [illegible]	12 [illegible]	13 [illegible]	14 [illegible]	15 [illegible]	16 Otro ¿cuál?			
01.04	06+00	401/408	TN1	X		X	·	X	X	X								X	X	X	X	X		X	X		'				X				X			X		Maria B		
01.04	04+00	409/415	TN1	X		X		X		X								X	X	X	X	X		X	X						X				X			X		Laura H	Paula Arteaga Enfermera CC [illegible]	
01.04	03+00	416/423	TN1	X		X		X		X								X	X	X	X	X		X	X						X				X			X		Valen O.		
03.04	04+00	401/408	TN1	X		X		X		X								X	X	X	X	X		X	X						X				X			X		Maria B		
05.04	03+00	409/416	TN1	X		X		X		X								X	X	X	X	X		X	X						X				X			X		Laura H	Paula Arteaga Enfermera CC [illegible]	
03.04	06+00	416/423	TN1	X		X		X		X								X	X	X	X	X		X	X						X				X			X		Valen O.		
05.04	04+00	401/408	TN1	✓		✓		✓		✓								✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓						✓				✓			✓		Maria B		
05.04	06+00	409/415	TN1	✓		✓		✓		✓								✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓						✓				✓			✓		Laura H	Paula Arteaga Enfermera CC [illegible]	
05.04	04+00	416/423	TN1	✓		✓		✓		✓								✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓						✓				✓			✓		Valeno		
07.04	06+00	401/408	TN1	X		X		X		X								X	X	X	X	X		X	X						X				X			X		Maria B.		
07.04	06+00	409/415	TN1	X		X		X		X								X	X	X	X	X		X	X						X				X			X		Laura H	Paula Arteaga Enfermera CC [illegible]	
07.04	05+00	416/423	TN1	X		X		X		X								X	X	X	X	X		X	X						X				X			X		Valen O.		
09.04	03+00	401/408	TN1	X		X	X	X		X								X	X	X	X	X		X	X						X				X			X		Maria B		
09.04	04+00	409/415	TN1	X		X	X	X		X								X	X	X	X	X		X	X						X				X			X		Laura H	Paula Arteaga Enfermera CC [illegible]	
09.04	05+00	416/423	TN1	X		X	X	X		X								X	X	X	X	X		X	X						X				X			X		Valen O.		
11.04	06+00	401/408	TN1		X	X		X	X	X	X		X	X				X	X	X	X	X		X	X		X				X	X			X			X		Maria B		
11.04	06+00	409/415	TN1		X	X		X	X	X	X		X	X				X	X	X	X	X		X	X		X				X	X			X			X		Laura H	Paula Arteaga Enfermera CC [illegible]	
11.04	04+00	416/423	TN1		X	X		X	X	X	X		X	X				X	X	X	X	X		X	X		X				X	X			X			X		Valeno		



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Tablero de control RE | Agregar

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos | Consultar Registros 24H | Accesos Directos | Menu RE

Info General | Peso/Talla | Registro de Líquidos | Signos Vitales | Notas de Enfermería | Planilla de Medicamentos | Planilla de Suministros | Traslado Efectivo | **Valoración Riesgo de Caida** | Plan de cuidados (NANDA)

Paciente: 35488611 - ALCIRA MARIA QUINTERO TRUJILLO - Femenino - 66 Años / 9 Meses / 2 Días

Ingreso: 14632597 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI61

Nuevo

Hora: * 19:00

Valoracion Riesgo Caida

(Todos)

1. Estado Conciencia

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

2. Transtornos Visuales o Auditivos

Presenta trastorno visual o auditivo ☐

3. Edad

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

4. Diagnóstico Médico

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

5. Dolor

Paciente con Dolor. ☐

6. Accesos Invasivos

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

7. Medicamentos

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

8. Marcha

La marcha es débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar. ☐

9. Antecedentes de Caída

Antecedentes de caída en hospitalizaciones previas o en el hogar. ☐

Puntaje Total 2

10 20 40 Página 1 de 1 (9 items) 1

ALTO RIESGO | RIESGO BAJO

Grabar | Cancelar

No se puede agregar más de un registro en la misma hora

Lista de Registros | Visor de Escala | Graficos

Fecha y hora	Edad de Ri...	Riesgo Alto	Clasificaci...	Puntaje T...	Enfermer@	Área de Servicio
	(Todos)	(Todos)				
23/04/2026 19:00	☑	☑	A	21	LEAL OTAVO YENSI VALENTINA	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA

10 20 40 Página 1 de 1 (1 items) 1

Powered by CamScanner

Tablero de control RE | Agregar

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos | Consultar Registros 24H | Accesos Directos | Menu RE

Info General | Peso/Talla | Registro de Líquidos | Signos Vitales | Notas de Enfermería | Planilla de Medicamentos | Planilla de Suministros | Traslado Efectivo | **Escala de Braden (Adulto)** | Valoración Riesgo de Caída | Plan de cuidados (NANDA)

Paciente: 35488611 - ALCIRA MARIA QUINTERO TRUJILLO - Femenino - 66 Años / 9 Meses / 2 Días

Ingreso: 14632597 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI61

Nuevo

Hora: * 19:00

No se puede agregar más de un registro en la misma hora

Escala

(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 sabanas por turno.
- 3 Ocasionalmente Húmeda. Es necesario el cambio sabanas 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)

- 1 Completamente Inmóvil. No realiza ni ligeros cambios de posición.
- 2 Muy Limitada. Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.
- 3 Ligeramente Limitada. Realiza ligeros cambios de forma frecuente.
- 4 Sin Limitaciones. Realiza cambios de forma autónoma.

5. NUTRICIÓN (Patrón usual de ingesta de alimentos)

- 1 Muy Pobre. Para vez come más de un tercio del plato

RIESGO UPP (TOTAL):

Página 1 de 1 (23 ítems)

ALTO RIESGO | RIESGO MODERADO | RIESGO BAJO

Grabar | Cancelar

No se puede agregar más de un registro en la misma hora

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
23/04/2026 19:00	20	RIESGO BAJO	LEAL OTAVO YENSI VALENTINA	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA

10 | 20 | 40

Página 1 de 1 (1 ítems) 1

Powered by CamScanner

Tablero de control RE | Agregar

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos | Consultar Registros 24H | Accesos Directos | Menu RE

Info General | Peso/Talla | Registro de Líquidos | Signos Vitales | Notas de Enfermería | Planilla de Medicamentos | Planilla de Suministros | Traslado Efectivo | Programaciones de cirugías | **Escala de Braden (Adulto)** | Valoración Riesgo de Caída | Plan de cuidados (NANDA)

Paciente: 85270119 - ADINSON GARCIA SEGOVIA - Femenino - 45 Años / 2 Meses / 27 Días

Ingreso: 14471215 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI62

Edición

Hora: * 19:00

Escala de Braden

	(Todos)
2 Muy Húmeda. Es necesario cambio de sabanas por turno.	☐
3 Ocasionalmente Húmeda. Es necesario el cambio sabanas 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)	
1 Completamente Inmóvil. No realiza ni ligeros cambios de posición.	☑
2 Muy Limitada. Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.	☐
3 Ligeramente Limitada. Realiza ligeros cambios de forma frecuente.	☐
4 Sin Limitaciones. Realiza cambios de forma autónoma.	☐
5. NUTRICIÓN (Patrón usual de ingesta de alimentos)	
1 Muy Pobre. Rara vez come más de un tercio del plato.	☐
2 Probablemente Inadecuada. Rara vez come más de la mitad del plato.	☐
3 Adecuada. Normalmente come más de la mitad del plato.	☐
4 Excelente. Come la mayoría de los platos enteros.	☑
6. FRICCIÓN Y DESLIZAMIENTO (Riesgo de lesiones cutáneas)	
1 Es un Problema. Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.	☑
2 Es un Problema Potencial. Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.	☐
3 Sin Problema Aparente. Se mueve autónomamente.	☐
RIESGO UPP (TOTAL):	15

Página 1 de 1 (23 items)

ALTO RIESGO | RIESGO MODERADO | RIESGO BAJO

Grabar | Cancelar

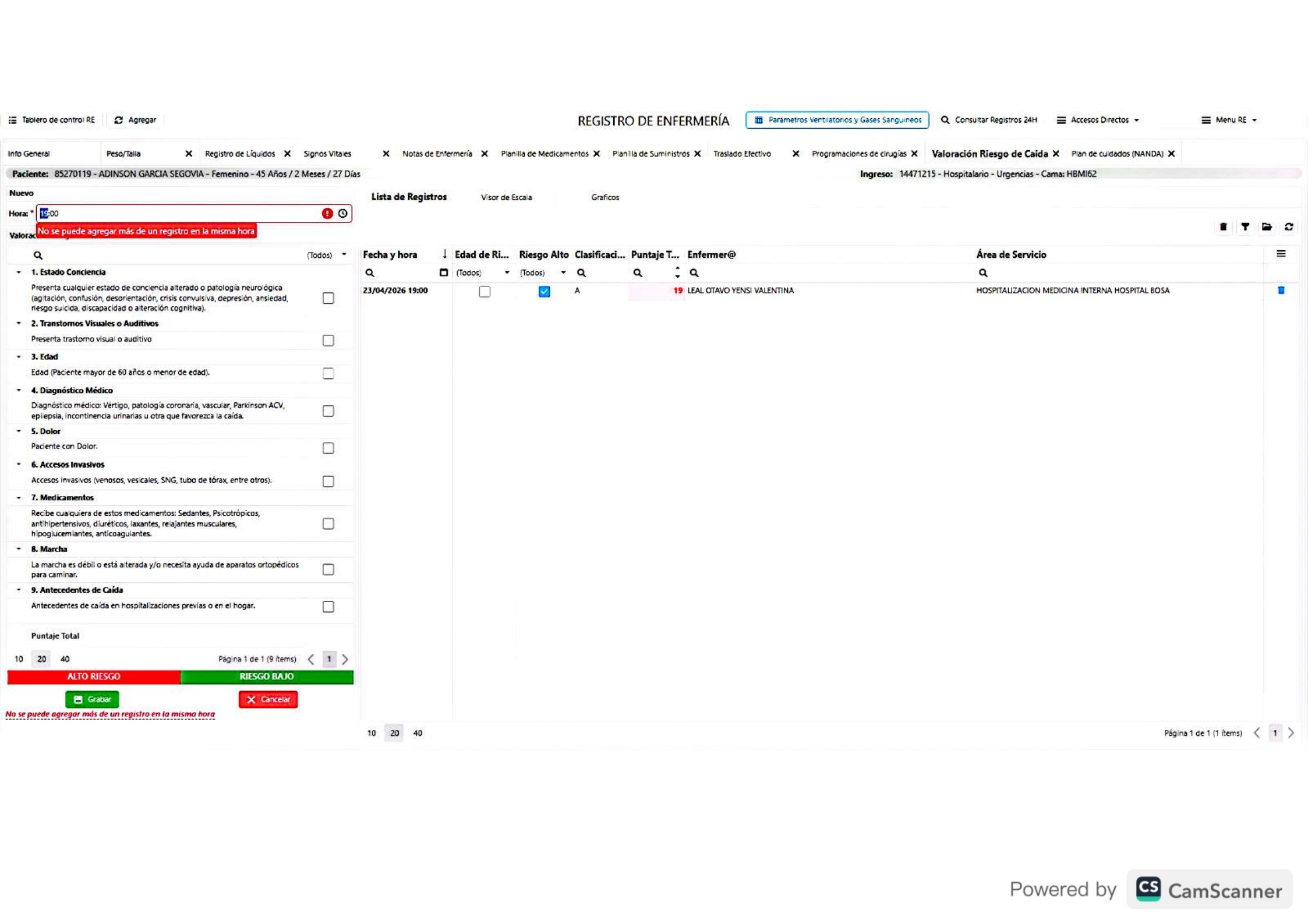
Lista de Registros | Visor de Escala | Graficos

Fecha y hora	Riesgo UPP Total	Nivel de Riesgo	Enfermer@	Área de Servicio
23/04/2026 19:00	15	RIESGO BAJO	LEAL OTAVO YENSI VALENTINA	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA

10 | 20 | 40

Página 1 de 1 (1 items) 1

Powered by CamScanner


Tablero de control RE
Agregar
REGISTRO DE ENFERMERÍA
Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos
Consultar Registros 24H
Accesos Directos
Menu RE
Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Programaciones de cirugías
Valoración Riesgo de Caida
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 85270119 - ADINSON GARCIA SEGOVIA - Femenino - 45 Años / 2 Meses / 27 Días
Ingreso: 14471215 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI62
Nuevo
Hora: * 19:00
No se puede agregar más de un registro en la misma hora
Lista de Registros
Visor de Escala
Graficos
(Todos)
1. Estado Conciencia
Presenta cualquier estado de conciencia alterado o patología neurológica (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsiva, depresión, ansiedad, riesgo suicida, discapacidad o alteración cognitiva).
2. Transtornos Visuales o Auditivos
Presenta trastorno visual o auditivo
3. Edad
Edad (Paciente mayor de 60 años o menor de edad).
4. Diagnóstico Médico
Diagnóstico médico: Vértigo, patología coronaria, vascular, Parkinson ACV, epilepsia, incontinencia urinarias u otra que favorezca la caída.
5. Dolor
Paciente con Dolor.
6. Accesos Invasivos
Accesos invasivos (venosos, vesicales, SNG, tubo de tórax, entre otros).
7. Medicamentos
Recibe cualquiera de estos medicamentos: Sedantes, Psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares, hipoglucemiantes, anticoagulantes.
8. Marcha
La marcha es débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar.
9. Antecedentes de Caída
Antecedentes de caída en hospitalizaciones previas o en el hogar.
Puntaje Total
10 20 40
Página 1 de 1 (9 items) 1
ALTO RIESGO
RIESGO BAJO
Grabar
Cancelar
No se puede agregar más de un registro en la misma hora
Fecha y hora
Edad de Ri...
Riesgo Alto
Clasificaci...
Puntaje T...
Enfermer@
Área de Servicio
23/04/2026 19:00
A
19
LEAL OTAVO YENSI VALENTINA
HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA
10 20 40
Página 1 de 1 (1 items) 1
Powered by CamScanner

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 FEBRERO 2026.pdf	CUENTA FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2026.pdf	CUENTA MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1027523950		LEAL OTAVO YENSI VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio villaconchita manzana D casa 54	MEDINA-CUNDINAMARCA	3127249119	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	215503932	9502092278	I	2026/04/15	2026/04/13	BANCOLOMBIA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: MEDINA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1027523950 LEAL YENSI	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1027523950		LEAL OTAVO YENSI VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio villaconchita manzana D casa 54	MEDINA-CUNDINAMARCA	3127249119	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	215503932	9502092278	I	2026/04/15	2026/04/13	BANCOLOMBIA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

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	1027523950	LEAL	OTAVO	YENSI	VALENTINA	2025-03	Salud Total	COTIZANTE
CC	1027523950	LEAL	OTAVO	YENSI	VALENTINA	2026-03	Nueva Eps	COTIZANTE
CC	1027523950	LEAL	OTAVO	YENSI	VALENTINA	2023-08	Nueva Eps	BENEFICIARIO

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Nueva Eps	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2025	4	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	03/2025	26	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2024	10	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2024	1	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	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*
Nueva Eps	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	10/2023	20	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	09/2023	27	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	08/2023	1	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	06/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

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

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