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:	VALERIA BORDA CARDOZO										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1000288055					
CORREO ELECTRONICO:	VALERIABORDA959@GMAIL.COM				CELULAR:	3213331885					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10B03	10	KE10I06	40	KE10I09-2	10	KE10I20	20	KE10J02	20	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	38886500774								PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	355			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	18843	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTAS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-06-01		2026-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,971,330				
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:	$24,474,240
VALOR EJECUTADO	$21,160,020
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,971,330
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,314,220
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	86%

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
9505595201	$1,580,628	$197,579	$252,900	3	$38,504	$488,983

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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
Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéutica	Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Respuesta de interconsultas y atenciones derivadas de la solicitud de procedimientos ordenados por el medico y servicio tratante
Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Ejecuto el plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Despues de valoracion inicial se indica el plan de manejo individual hospitalario del paciente de acuerdo a su patologia
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Se realiza de forma cronologica y evolutiva la historia clinica del paciente de acuerdo a los formatos establecidos en el sistema Dinamica Gerencial
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Se deja registro en libro de turno de las acciones tomadas en la revista medica y los ajustes entregados al plan de intervencion terapeutica
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Se registra en la historia clinica la información al paciente y/o cuidador relacionado con la patologia del paciente y se realiza retroalimentación para verificar su comprensión
Llevar registro de la atención de las 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	Llevo el registro de la atención de las 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 en libros de entrega y recibo de pacientes actualizando los mismos en cada una de las actividades desarrolladas o pendiente durante el tiempo de estancia en la institucion
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	Participo en la programación de las actividades de la Subred.	Entrego registro fotografico de la participacion en el Encuentro de aprendizaje Continuo mes de junio y del asegurate del mes tema limpieza y desinfección(pantallazo con evidencia del nombre del colaborador y fecha del encuentro)
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.	Se deja registro de las tomas de muestras respiratorias que se encuentran dentro de los eventos de vigilancia epidemiologica dejando registro en historia clinica de las mismas
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, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Eventos de seguridad presentados en el servicio, como la asistencia al analisis de caso a los cuales sea citado.
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Realizo apoyo con el personal interdisciplinario para mejorar las condiciones de la atencion del paciente
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 su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciamiento completo de Libros de recibo y entrega de pacientes (signos vitales, diagnosticos, tratamiento, examenes de apoyo diagnostico, pendientes y cambios de servicio, firmas de quien entrega y recibe el servicio)
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE
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.	Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente.

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Realizo aporo en el proceso de actualizacion y/o socializacion de guias, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitacion
Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Registro de informe de novedades de equipos biomedicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologias y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atencion
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Diligenciamiento adecuado de Historia Clinica *Registro de atenciones e ingresos Diarios *Registro de inventarios, formatos de limpieza y desinfeccion, Trazabilidad de equipos de Biomedicos, *Registro cronologico en formatos de
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	No aplica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	No aplica	No aplica
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Atencion a visitas de habilitacion a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitacion
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros dias del mes, de acuerdo al servicio de atencion a la Referencia de Rehabilitación para la consolidacion en el sistema de informacion
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.	Registro de Uso de Elementos de proteccion personal entregados para la atencion en la planilla que esta asiganada para este fin.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Registro de Uso de Elementos de proteccion personal entregados para la atencion en la planilla que esta asiganada para este fin.	Entrego pantallazo de la participacion del Encuentro de Aprendizaje Continuo mes de junio.
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.	Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo
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.	Entrego Soporte de pago de Seguridad Social mes de junio y adres
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.	Recibir la asignacion de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades de los servicios de rehabilitacion

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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 Controlada Subred Sur Occidente

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000288055		BORDA CARDOZO VALERIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 21 # 91 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213331885	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	380586807	9505595201	I	2026/06/12	2026/06/11	BANCOLOMBIA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
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		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	1000288055 BORDA VALERIA																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

Medellín, 28 de junio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que VALERIA BORDA CARDOZO identificado(a) con C1000288055 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10002880552617942530

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

ADRES

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	1000288055
NOMBRES	VALERIA
APELLIDOS	BORDA CARDOZO
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	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	18/11/2005	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/28/2026 12:04:52	**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

12:13
◀ WhatsApp
3

Neonatal Resuscitation®

PRETEST REANIMACION NEONATAL 2026 -1

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Google no creó ni aprobó este contenido. - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios

docs.google.com

12:12
◀ WhatsApp
3

Neonatal Resuscitation®

PRETEST REANIMACION NEONATAL 2026 -1

Referencia de Pediatria

Acceder a Google para guardar el progreso.
Más información

* Indica que la pregunta es obligatoria

Donde labora ? *

- (●) Kennedy
- ( ) Bosa
- ( ) Fontibon
- ( ) Tintal

docs.google.com

Indica tu perfil: *

12:09 4

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

PRE TEST Y POST TEST CAPACITACIÓN ASEGÚRATE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

FECHA

2026-06-06 (Hoy)

SEDE

Hospital Occidente de Kennedy

SERVICIO

Hospitalización

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Valeria Borda Cardozo

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1000288055

e.almeraim.com

12:11 3

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

PRE TEST Y POST TEST CAPACITACIÓN
ASEGÚRATE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

FECHA

RESULTADO: 80 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

SERVICIO

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

e.almeraim.com

12:08

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

PRE TEST Y POST TEST CAPACITACIÓN
ASEGÚRATE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

FECHA

RESULTADO: 60 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

SERVICIO

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

e.almeraim.com

12:08
◀ WhatsApp
4

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

PRE TEST Y POST TEST CAPACITACIÓN ASEGÚRATE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

FECHA

2026-06-04 (Hoy)

SEDE

Hospital Occidente de Kennedy

SERVICIO

Hospitalización

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Valeria Borda Cardozo

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1000288055

e.almeraim.com

12:08

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

PRE TEST Y POST TEST CAPACITACIÓN
ASEGÚRATE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

FECHA

RESULTADO: 60 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

SERVICIO

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

e.almeraim.com

12:09 4

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

PRE TEST Y POST TEST CAPACITACIÓN ASEGÚRATE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

FECHA

2026-06-06 (Hoy)

SEDE

Hospital Occidente de Kennedy

SERVICIO

Hospitalización

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

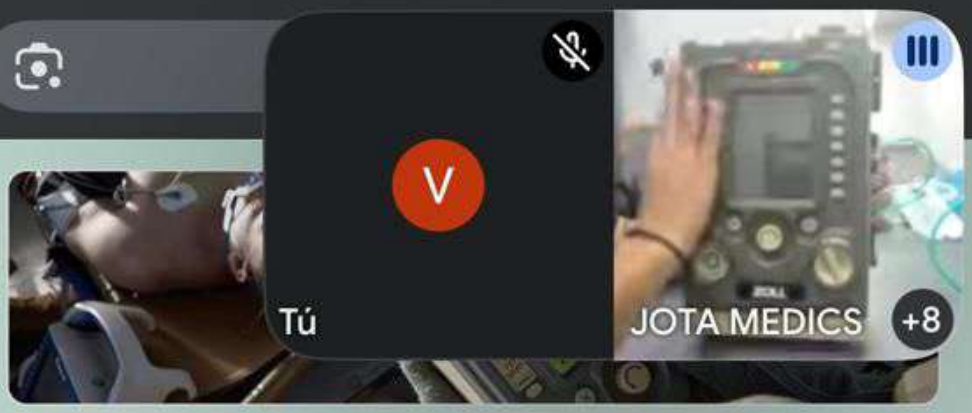
Valeria Borda Cardozo

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1000288055

e.almeraim.com

7:43
◄ Gmail
4G 38



Asistencia a capacitación Ventilador EMV+

Se registró tu respuesta.

Enviar otra 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

7:45
◄ WhatsApp
5G 28

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 →

forms.office.com

7:44

5G 28

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

forms.office.com

12:52 4G 19

INFORMACION DE CURSOS SUBRED (Por perfil)

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Google no creó ni aprobó este contenido. - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios

docs.google.com

8:26
◄ WhatsApp
4G 1

Pretest - Rehabilitación Hospitalización y Urgencias

Apreciado colaborador a continuación, usted encontrará quince (15) 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: 120/150

Datos del Participante

1. Fecha de Diligenciamiento del Pretest *

4/6/2026

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

forms.cloud.microsoft

8:25
◄ WhatsApp
4G 1

Pretest - Rehabilitación Hospitalización y Urgencias

Apreciado colaborador a continuación, usted encontrará quince (15) 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: 120/150

Datos del Participante

1. Fecha de Diligenciamiento del Pretest *

4/6/2026

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

1000288055

forms.cloud.microsoft

8:25
◄ WhatsApp
4G 1

Agradecemos la participación en EAC, y recuerda... Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio!

Cosas importantes que puede hacer a continuación

Ver resultados

Guardar mi respuesta

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!



Comenzar ahora →

Microsoft 365

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con

forms.cloud.microsoft

a893b591-c3ea-4357-8d63-7ea830c6a05b

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Valeria Borda Cardozo

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

2 de junio de 2026

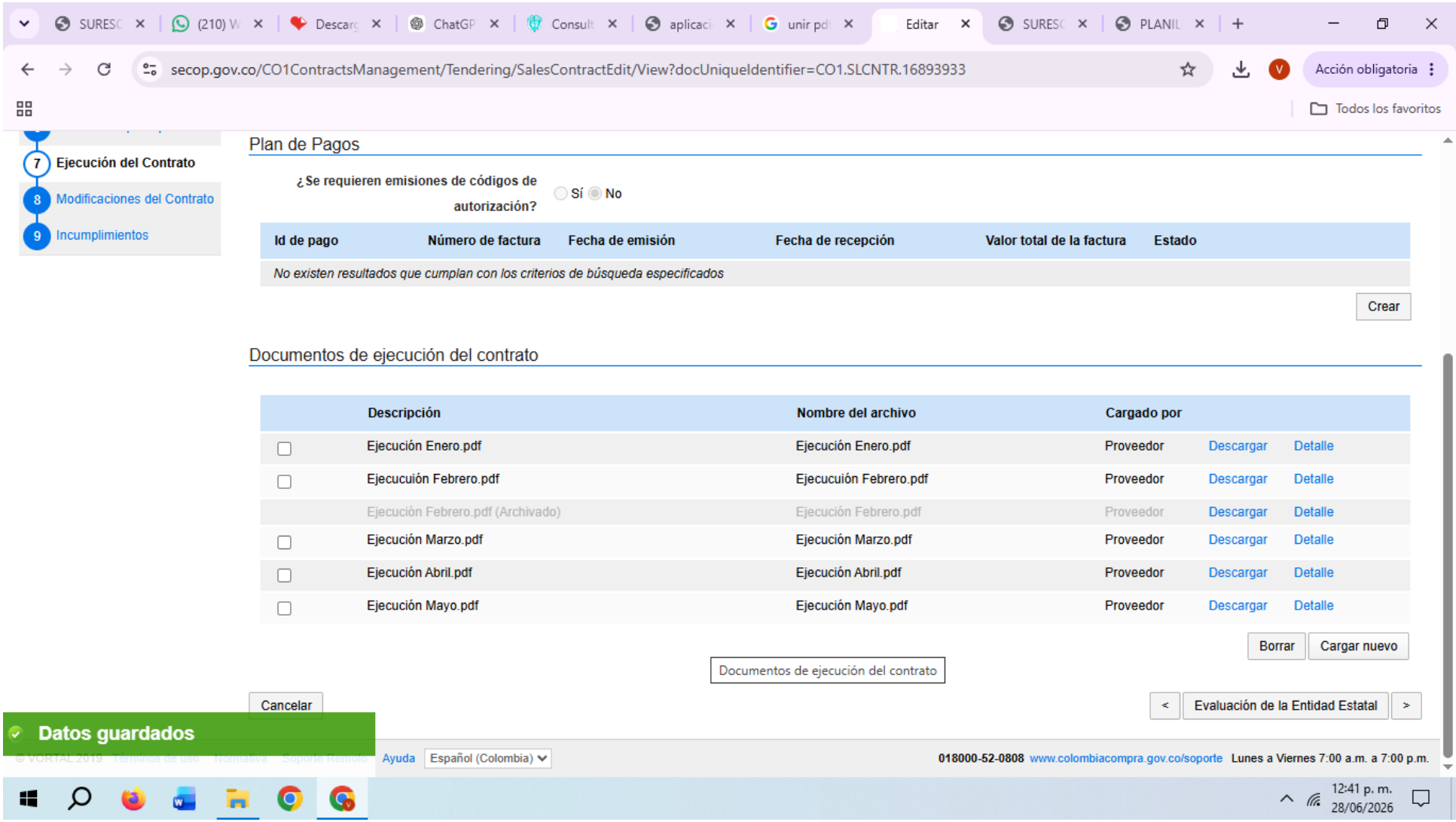
Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=a893b591-c3ea-4357-8d63-7ea830c6a05b


Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.16893933
Acción obligatoria
Todos los favoritos
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
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
Ejecución Enero.pdf
Ejecución Enero.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Ejecucuión Febrero.pdf
Ejecucuión Febrero.pdf
Ejecución Febrero.pdf (Archivado)
Ejecución Febrero.pdf
Ejecución Marzo.pdf
Ejecución Marzo.pdf
Ejecución Abril.pdf
Ejecución Abril.pdf
Ejecución Mayo.pdf
Ejecución Mayo.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Documentos de ejecución del contrato
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
Datos guardados
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
12:41 p. m.
28/06/2026

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

OCCIDENTE E.S.E NIT:900.959.048-4

DEBE A:

VALERIA BORDA CARDOZO
C.C. 1000288055 de BOGOTÁ

La suma de $4.971.330 (**Cuatro millones novecientos setenta y un mil trescientos treinta MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional como Fisioterapeuta; en el Hospital Occidente de Kennedy en el área de Hospitalización.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 30 de Junio de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 355-2026.**

Valeria Borda

VALERIA BORDA CARDOZO
C.C. 1000288055 de BOGOTÁ
Cel: 3112124246
CUENTA DE AHORRO # 38886500774
BANCO BANCOLOMBIA