

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			YEIMI TRUJILLO ESCOBAR					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		35254790
CORREO ELECTRONICO:			trujix04@hotmail.com			CELULAR:		3034459
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URG OBSERVACIÓN USS FONTIBÓN			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO03B02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488412851633				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1798			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP		1147	FECHA	2026-05-14 15:17:19.000	NÚMERO DE CRP		17678	FECHA 2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-05-01			2026-05-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$3,153,240			
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:					\$15,953,360			
VALOR EJECUTADO					\$10,289,518			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$3,153,240			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$5,663,842			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					65%			
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	
6016536423	\$995,760	\$124,470		\$159,322	3	\$24,257	\$308,048	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
Luz Dary Castro Herran 52456529 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	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 DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
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 ambulatorio.	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	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para 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

Luz Dary Castro Herran
52456529
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

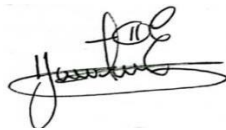
Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

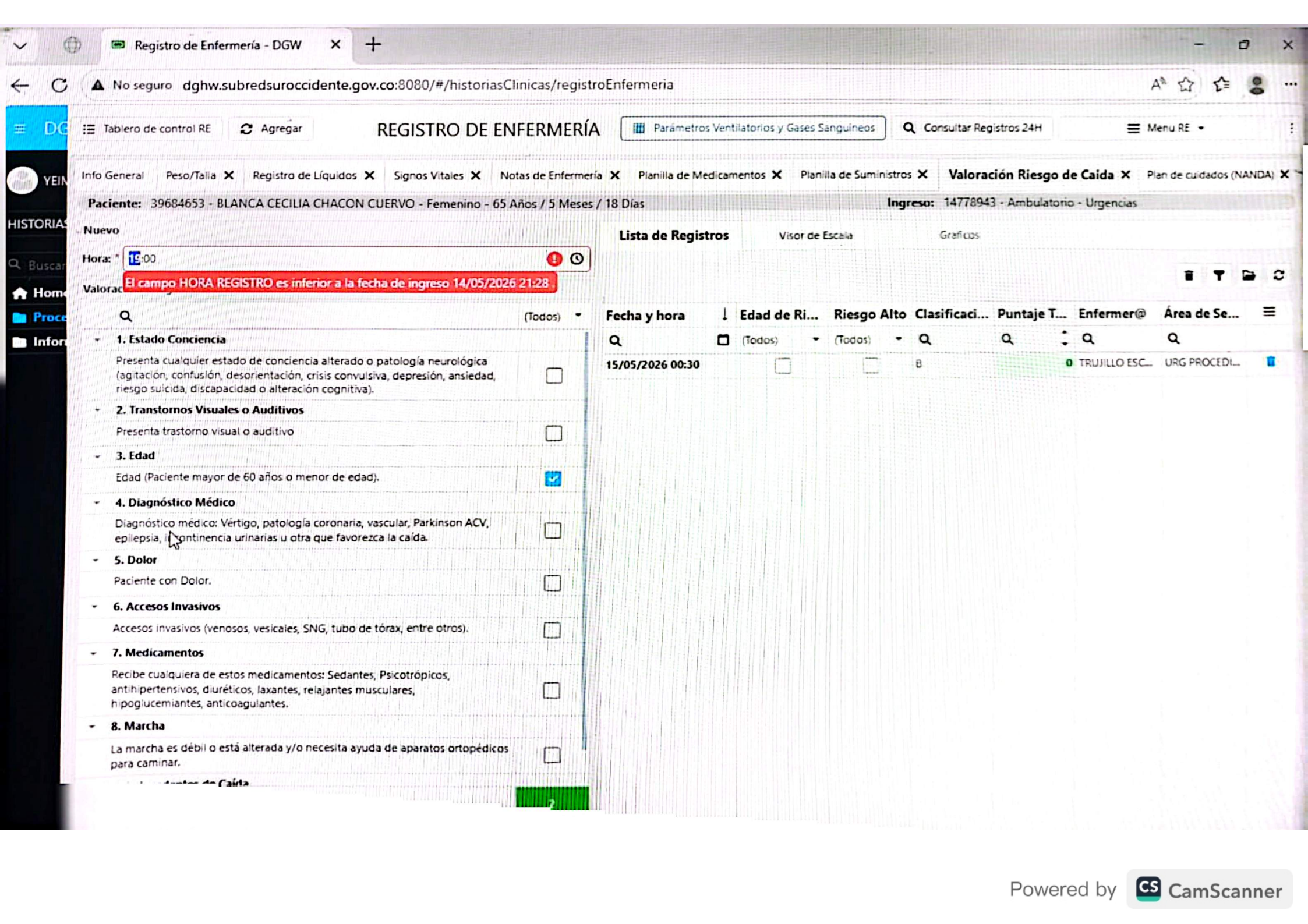
DEBE A:

YEIMI TRIJILLO ESCOBAR
C.C 35.254.790 DE FUSAGASUGA.

La suma de \$3.153.240 por concepto de Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA De acuerdo al requerimiento institucional. durante el periodo del 01 al 31 de **MAYO 2026** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1798-2026



YEIMI TRIJILLO ESCOBAR
C.C 35.254.790 DE FUSAGASUGA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 488412851633



Subred Sur Occidente E.S.E

Registro de Enfermería - DGW

Registro de Enfermería - DGW

DGW

No seguro dghw.subredsuroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria

Tablero de control RE

Agregar

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos

Consultar Registros 24H

Menu RE

al

Peso/Talla

Registro de Líquidos

Signos Vitales

Notas de Enfermería

Planilla de Medicamentos

Planilla de Suministros

Traslado Efectivo

Escala de Braden (Adulto)

Valoración R

Paciente: 7451874 - JOSE MANUEL BLANCO GARCIA - Masculino - 78 Años / 0 Meses / 12 Días

Ingreso: 14771479 - Hospitalario - Urgencias - Cama: FNOB08

Nuevo

Lista de Registros

Visor de Escala

Graficos

Hora: 19:00

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

Escala

Q

(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.

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.

Fecha y hora

Riesgo UPP Total

Nivel de Riesgo

Enfermer@

Área de Servicio

14/05/2026 19:00

20

RIESGO BAJO

TRUJILLO ESCOBAR YE...

URG OBSERVACIÓN U...

Lista de Registros

10

20

40

Página 1 de 1 (1 ítems)

Registro de Enfermería - DGW

No seguro dghw.subredsuoccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria

Tablero de control RE

Agregar

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos

Consultar Registros 24H

Menu RE

Info General

Peso/Talla

Registro de Líquidos

Signos Vitales

Notas de Enfermería

Planilla de Medicamentos

Planilla de Suministros

Plan de cuidados (NANDA)

Paciente:

79004288 - EDILSON ALCIDES CIFUENTES GUERRA - Masculino - 49 Años / 7 Meses / 23 Días

Ingreso:

14778973 - Ambulatorio - Urgencias

Nuevo

Enfermer@:

TRUJILLO ESCOBAR YEIMI

Hora:

19:00

Importancia:

El campo HORA REGISTRO es inferior a la fecha de ingreso 14/05/2026 22:37 .

Titulo:

Subjetivo - Objetivo:

Análisis - Plan:

Fecha y hora	Título	Importa...	Area de Servicio	Enfermer@
15/05/2026 03:00	DEEBERES Y DERECHOS	Ninguna	URG PROCEDIMIENTOS DE UR...	TRUJILLO ESCOBAR YEIMI
15/05/2026 02:30	ADMINISTRACION MANEJO ANTIISQ...	Importante	URG OBSERVACIÓN USS FONTIL...	RODRIGUEZ OBANDO MAYRA ...
15/05/2026 02:00	PROTOCOLO DE BIENVENIDA	Ninguna	URG PROCEDIMIENTOS DE UR...	TRUJILLO ESCOBAR YEIMI
15/05/2026 01:00	NOTA DE ENFERMERIA	Ninguna	URG PROCEDIMIENTOS DE UR...	TRUJILLO ESCOBAR YEIMI

Powered by

CS CamScanner

Paciente: 1070331196 - NICOLL MARIANA OLAYA CHALA - Femenino - 11 Años / 11 Meses / 13 Días

Ingreso: 14778532 - Ambulatorio - Urgencias

Nuevo

Lista de Registros

Visor de Escala

Graficos

Hora: 19:00

ⓘ

🔔

Valoración

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

🔍

(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. 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.

☐

8. Marcha

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

☐

9. Antecedentes de Caída

Puntaje Total

2

Fecha y hora	Edad de Ri...	Riesgo Alto	Clasificaci...	Puntaje T...	Enfermer@	Área de Se...
🔍	📅 (Todos)	(Todos)	🔍	🔍	🔍	🔍
14/05/2026 19:00	☒	☐	B		2 TRUJILLO ESC...	URG PROCEDI...



docs.google.com



3



HOSPITALARIA ASEGURATE MAYO 2026

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



PRETEST EAC LOCAL MAYO 2026 FONTIBON

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





Buenas prácticas Clínicas: Regulación y Ética en Investigación Clínica en Colombia: Vista: Usuario

Curso Participantes Calificaciones Competencias Más ▾

Usuario ▾

YT YEIMI TRUJILLO ESCOBAR

Ítem de calificación	Ponderación calculada	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
▾ Buenas prácticas Clínicas: Regulación y Ética en Investigación Clínica en Colombia						
CUESTIONARIO						
☒ Test-Cuestionario	100.00 %	✓ 10.00	0-10	100.00 %		100.00 %
CÁLCULO TOTAL						
Σ Total del curso	-	10.00	0-10	100.00 %		-

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 35254790
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YEIMI TRUJILLO ESCOBAR	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 87 A SUR #7-14	TELÉFONO: 9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6016536423	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 319142081

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 280.200
SUBTOTAL:			1	\$ 280.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 218.900
SUBTOTAL:			1	\$ 218.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 42.700
SUBTOTAL:			1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 541.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 541.800