



sandra viviana martinez vargas

AUXILIAR DE ENFERMERÍA



Contrato Actual: 4502-2026



8509537



vivimarvar@hotmail.com

Información del contratista

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

No. de documento

1032360361

Sede

SUBRED

Banco

BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta

AHORRO

No. de cuenta

8480379661

Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del **24/09/2026** se pueden volver a subir cuentas

RELACION DE CUENTAS 322949



Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
322949	4502	2026-08-01 / 2026-08-31	\$3,687,078	\$2,489,400	59.3	\$2,530,890	● APROBADA	
317578	4502	2026-07-01 / 2026-07-31	\$3,687,078	\$2,655,360	100	\$0	● APROBADA	
314170	4502	2026-06-18 / 2026-06-30	\$995,760	\$995,760	27.01	\$2,691,318	● APROBADA	
307875	3744	2026-05-01 / 2026-05-31	\$3,817,080	\$2,489,400	92.74	\$298,728	● APROBADA	
301590	3744	2026-04-14 / 2026-04-30	\$1,327,680	\$1,327,680	32.26	\$2,788,128	● APROBADA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032360361		MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 18 g 15 70 torre 9 apart 302	SOACHA-CUNDINAMARCA	7725979	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-07	2026-07	1000000881	9508560348	I	2026/08/18	2026/08/12	BANCO DE BOGOTA	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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: SOACHA 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	1032360361	MARTINEZ SANDRA	231001	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	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032360361		MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 18 g 15 70 torre 9 apart 302	SOACHA-CUNDINAMARCA	7725979	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	1000000881	9508560348	I	2026/08/18	2026/08/12	BANCO DE BOGOTA	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0						\$0
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$280,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0						\$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0						\$0
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

POR A PAGAR

\$280,200

\$280,200

\$42,700

\$42,700

\$218,900

\$218,900

\$541,800



**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	1032360361
NOMBRES	SANDRA VIVIANA
APELLIDOS	MARTINEZ VARGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOACHA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/18/2026 11:18:28	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



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	1032360361	MARTINEZ	VARGAS	SANDRA	VIVIANA	2017-07	Cafesalud	COTIZANTE
CC	1032360361	MARTINEZ	VARGAS	SANDRA	VIVIANA	2024-05	Compensar	COTIZANTE
CC	1032360361	MARTINEZ	VARGAS	SANDRA	VIVIANA	2021-09	Medimas	COTIZANTE
CC	1032360361	MARTINEZ	VARGAS	SANDRA	VIVIANA	2026-06	Nueva Eps	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Nueva Eps	06/2026	13	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2026	1	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	04/2026	17	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2026	6	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2026	7	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	07/2024	8	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	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
Compensar	12/2023	29	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2023	4	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2023	1	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización



Pretest - EAC BP - METAS INTERNACIONALES

Apreciado colaborador a continuación, usted encontrará diez (10) 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 *

24/8/2026



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

1032360361





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

ASEGÚRATE JULIO 2026

FECHA



RESULTADO: 80 CALIFICACION

Aceptar

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

UNIDAD



[illegible]

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

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

Paciente: 88226008 - JHON ELMON RODRIGUEZ ROJAS - Masculino - 49 Años / 5 Meses / 16 Días

Ingreso: 15228947 - Ambulatorio - Urgencias - Cama: HBURGED13

Valoración Riesgo Caída

Fecha y hora	Edad de RI...	Riesgo Alto	Clasificaci...	Puntaje T...	Enfermer@	Área de Servicio
10/08/2026 20:00		☒	A	10	MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA	URG OBSERVACIÓN USS HOSPITAL BOSA

ALTO RIESGO | RIESGO BAJO

Grabar | Cancelar

Paciente: B8226008 - JHON ELMON RODRIGUEZ ROJAS - Masculino - 49 Años / 5 Meses / 16 Días Ingreso: 15228947 - Ambulatorio - Urgencias - Cama: HBURGE013

Nuevo Enfermer@: MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA

Horas: 12:00

Escala de dolor / Wong Baker: Ninguno

Observaciones:

Fecha y hora	Intensidad Dolor	Area de Servicio	Enfermer@
10/08/2026 19:00	0 Sin Dolor	URG OBSERVACIÓN USS HOSPITAL BOA	MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA

APOSTO 3592

Paciente: 1322471 - YANIRETH MAIRE CAMPO CAMPO - Femenino - 41 Años / 7 Meses / 28 Días

Ingreso: 15229197 - Ambulatorio - Urgencias - Cama: H90A04

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 urinaria 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

Fecha y hora	Edad de Ri...	Riesgo Alto	Clasificaci...	Puntaje T...	Enfermer@	Área de Servicio
10/08/2026 20:00		☒	A	10	MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA	URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA

Puntaje Total

10 20 40

ALTO RIESGO RIESGO BAJO

Grabar Cancelar

APOSTO 3592

Escala de Braden

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)

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

RIESGO UPP (TOTAL):

ALTO RIESGO RIESGO MODERADO RIESGO BAJO

Gratias Cancelar

Paciente: 1322471 - VANIRETH MAIRE CAMPO CAMPO - Femenino - 41 Años / 7 Meses / 28 Días Ingreso: 15229197 - Ambulatorio - Urgencias - Cama: H80A04

Nuevo

Enfermer@: MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA

Horario: 16:00

Escala de dolor / Wong-Baker: Ninguno

Observaciones:

Fecha y hora	Intensidad Dolor	Area de Servicio	Enfermer@
10/08/2026 19:00	7 Aún más Dolor	URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOGA	MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA

Grabar Cancelar

El campo ESCALA DE DOLOR debe tener un valor.

© 2026 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.

137°C Proc. despijado

ESP. LAA 9:37 p.m. 10/08/2026

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventiladores 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 Dolor / Wong-Baker

Valoración Riesgo de Caída

Plan de cuidados (NANDA)

Paciente: 79180800 - FREDY ALONSO MURILLO AREVALO - Masculino - 41 Años / 6 Meses / 16 Días

Ingreso: 15211478 - Ambulatorio - Urgencias - Cama: H80EC07

Lista de Registros

Visor de Escala

Graficos

Fecha y hora

Edad de Ri...

Riesgo Alto

Clasificaci...

Puntaje T...

Enfermer@

Área de Servicio

08/08/2026 20:00

MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA

URG OBSERVACIÓN USS HOSPITAL BOGA

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 urinaria 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

10

20

40

Página 1 de 1 (9 ítems)

ALTO RIESGO

RIESGO BAJO

Grabar

Cancelar

Lista de Registros

Página 1 de 1 (1 ítem)

Paciente: 28727608 - MARIA NILSA MARTINEZ GUERRERO - Femenino - 65 Años / 10 Meses / 18 Días

Nuevo Hora: 16:00 Lista de Registros Visor de Escala Graficos

Valoracion 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.

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

Página 1 de 1 (1 Items)

ALTO RIESGO RIESGO BAJO

Grabar Cancelar

Aposio 3592

Registro de Enfermería

ENTREGA DE TURNO

Registro de Enfermería

Página principal - Go

Página principal - Go

Copia de AREA DE E...

DGW

Portal Paciente - Abr...

Pregunta a Gemini

No es seguro

dghw.subredsiroccidente.gov.co:8080/#/historiasClinicas/registroEnfermeria

ENTREGA DE TURNO

DGW

Enterprise

Atrys

Correo: Autorizacio...

Portal Paciente - Atr...

Consulte su EPS

Comprobador de D...

SISBEN

Portal Salud

Servicios Web Capit...

SIRIAS

DERECHOS COOSA...

Portal Generis

Todos los marcadores

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

Escala de Dolor / Wong-Baker

Escala de Braden (Adulto)

Plan de cuidados (NANDA)

Paciente:

28727606 - MARIA NILSA MARTINEZ GUERRERO - Femenino - 65 Años / 10 Meses / 18 Días

Ingreso:

15228526 - Ambulatorio - Urgencias

Nuevo

Enfermer@:

MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA

Horiz:

00

Escala de dolor / Wong-Baker:

Ninguno

Observaciones:

Fecha y hora	Intensidad Dolor	Area de Servicio	Enfermer@
08/08/2026 19:00	3 Dolor Leve	URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA	MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA
08/08/2026 18:10	3 Dolor Leve	URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA	MARTINEZ PEDRAZA YENNI ISABEL

Grabar

Cancelar

El campo ESCALA DE DOLOR debe tener un valor.

2026 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.

13°C

Prac. despejado

175

Buscar

ESP LAA

12:18 a. m.

9/08/2026

Handwritten notes on a piece of paper at the bottom right of the screen.

Q	Fecha y hora	Riesgo UPP Total	Nivel de Riesgo	Enfermer@	Área de Servicio
1. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la Presión)	08/08/2026 20:00	22	RIESGO BAJO	MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA	URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOGA
1 Completamente Limitada. No responde a estímulos dolorosos.	08/08/2026 18:10	23	RIESGO BAJO	MARTINEZ PEDRAZA YENNI ISABEL	URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOGA
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)					
1 Completamente inmóvil. No realiza ni ligeros cambios de posición.					
2 Muy Limitada. Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.					
3 Levemente Limitada. Realiza ligeros cambios de forma frecuente.					
4 Sin Limitaciones. Realiza cambios de forma autónoma.					
RIESGO UPP TOTAL:					

UNIDADES DE LA SUBRED

Otros: Cual: N/A

Beneficios: Los procedimientos hacen parte del tratamiento indicado por el equipo médico tratante y contribuirán al manejo de su condición de salud.

Riesgos y posibles complicaciones: Durante y posterior a la ejecución de los procedimientos se pueden presentar algunos efectos como:

- Dolor Local
- Hematoma o inflamación en sitio de punción

Documento con propiedad intelectual, para uso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Puede utilizarse total o parcialmente mencionando la fuente.

Ingreso: 1469480

Web

En todas las pruebas, los datos obtenidos serán utilizados para evaluar si es presente un comportamiento de salud. La información de la atención enfermería puede ser utilizada con fines académicos e investigativos. En tal caso la institución como el investigador garantizan la confidencialidad y contenido de la historia clínica y el secreto de la identidad del paciente. Otro tipo de investigaciones requerirán un consentimiento individual específico.

También, claramente se me ha advertido que puedo desistirme de los procedimientos propuestos y el presente consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento; que el rechazo a las conductas propuestas, de cuyas consecuencias he sido informado(a), me hace responsable de ellas exonerando a la subred y al equipo tratante de toda responsabilidad.

Doy constancia de que se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, cada uno de los puntos anteriores, además se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias y todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma. He entendido que el

Documento con propiedad intelectual, para uso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Puede utilizarse total o parcialmente mencionando la fuente.

Ingreso: 1469480



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
HOSPITALIZACIÓN Y
URGENCIAS**

Versión: 2

Fecha de aprobación: 14/04/2025

Código: 07-00-FO-0102



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

equipo de salud se compromete a poner todo su saber, experiencia y criterio, sumado a la tecnología disponible en la institución para obtener el mejor de los resultados

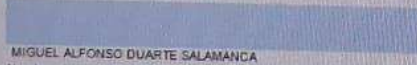
Expuesto lo anterior ☒ CONSENTIMIENTO ☐ NO CONSENTIMIENTO la realización del procedimiento indicado

Expuesto lo anterior ☒ CONSENTIMIENTO ☐ NO CONSENTIMIENTO que el presente estudio sea usado con fines académicos e investigativos en las condiciones en que me fueron explicadas

MIGUEL ALFONSO DUARTE SALAMANCA

Nro. Documento: 11925

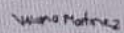
Nombre y/o firma del paciente / REPRESENTANTE LEGAL



MIGUEL ALFONSO DUARTE SALAMANCA

Nombre y/o firma del REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para firma del Representante Legal de Paciente con edad entre 12 a 18 años



MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA

AUXILIAR ENFERMERIA 1032360361

PROFESIONAL DE SALUD Hago constar que el paciente entendió las explicaciones y resolvió las dudas respecto de su procedimiento

USO DE HUELLA DACTILAR POR ANALFABETISMO/INVISIBILIDAD: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o paciente, quien en caso de ser un(a) niño(a) o niña, me ha dado su consentimiento.

Huella 

NOTA: Para revocación del presente consentimiento diligenciar el documento Revocatoria del Consentimiento Informado, código 07-00-FO-0091. Para aclaración sobre la representación legal diligenciar el documento Autorización para Representación Legal, código 07-00-FO-0090

					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:			sandra viviana martinez vargas					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1032360361
CORREO ELECTRONICO:			vivimarvar@hotmail.com			CELULAR:		8509537
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37105	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			8480379661				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4502			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1715	FECHA	2026-08-13 15:55:13.000	NÚMERO DE CRP	30090	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-08-01			2026-08-31	
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:						\$6,217,968		
VALOR EJECUTADO						\$3,687,078		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,489,400		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$2,530,890		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						59%		
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		
9508560348	\$1,062,144	\$132,768	\$169,943	3	\$25,874	\$328,585		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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
1. 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	Recibir y entregar turno por paciente, informando evolución y cuidados realizados.	Registro de entrega y recibo de turno diligenciado.
2. Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	Ejecutar actividades de enfermería conforme a protocolos y procedimientos del servicio.	Atención de enfermería realizada según protocolo.
3. Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente	Reportar oportunamente cambios en el estado clínico del paciente.	Reporte de novedades clínicas al profesional de enfermería.
4. Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención, 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	Retroalimentar al supervisor sobre dificultades del proceso y orientar al paciente y familia sobre cuidados en casa.	Informe de novedades del servicio y orientación documentada al paciente/familia.
5. Aplicar los procedimientos de bioseguridad salud ocupacional gestión ambiental y calidad. 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	Aplicar normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad; orientar al usuario según políticas institucionales.	Cumplimiento de protocolos y orientación al usuario evidenciada.
6. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio	Realizar registros en libros y reportes propios del servicio.	Libros y reportes del servicio debidamente diligenciados.
7. Diligenciar documentos para facturación estadística libros de registro en forma legible 11) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Diligenciar documentos para facturación y registros estadísticos de forma legible.	Documentos de facturación y registros estadísticos completos.
8. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	Elaborar y entregar informe mensual de actividades al supervisor.	Informe mensual de actividades y avances.
9. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Custodiar y entregar los elementos asignados al finalizar el contrato.	Acta de entrega de elementos.
10. Participar en las jornadas de capacitación inducción reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participar en capacitaciones, inducciones, reuniones y eventos convocados.	Listados de asistencia o constancias de participación.
11. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notificar fallas de calidad e implementar acciones de mejora.	Reporte de fallas y acciones de mejora ejecutadas.
12. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred además de apoyar la implementación de los mismos	Cumplir y apoyar la implementación de procedimientos institucionales.	Evidencia de cumplimiento de procedimientos.
13. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoyar actividades interinstitucionales y extrainstitucionales requeridas.	Actividades de apoyo realizadas y registradas.
14. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registrar actividades en el sistema de información institucional.	Registros actualizados en el sistema de información.
15. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregar constancias de afiliación y pago a seguridad social mensualmente.	Soportes mensuales de pago a salud, pensión y riesgos laborales
16. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Ejecutar otras actividades acordes con el objeto del contrato.	Actividades asignadas ejecutadas y documentadas

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE E.S.E NIT: 900 .959.048-4

DEBE A:

SANDRA VIVIANA MARTÍNEZ
C.C.1.032.360.361 De Bogotá

La suma de **Dos millones cuatrocientos ochenta y nueve mil cuatrocientos** pesos m/cte. \$ 2.489.400 por concepto de: Prestar Servicios en Subred Integrada de Servicios de salud sur occidente E.S.E como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en los servicios de hospitalización, durante el periodo **01 al 31 de AGOSTO 2026** por conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **N°4502-2026**.

Viviana Martinez.

Sandra Viviana Martínez
C.C.1032360361 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS
DAVIVIENDA No.
8480379661



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	JUNIO 2026.pdf	JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO_2026.pdf	JULIO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			<div>Borrar</div>	<div>Cargar nuevo</div>	

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >