**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JUAN DAVID LOZANO TORRES**

**C.C: 1000350492 DE BOGOTA D.C**

La suma de 3,706,584 (**tres millones setecientos seis mil quinientos ochenta y cuatro** pesos) por concepto de prestación de servicios como Enfermero jefe en el área de hospitalización de medicina interna del hospital Bosa durante el periodo del 01 al 30 de Septiembre del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3770-2026.



**JUAN DAVID LOZANO TORRES**

**C.C. 1000350492 DE BOGOTA D.C**

**CUENTA DE AHORROS BANCO:**

**BANCOLOMBIA**

**NUMERO: 91201961667**

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 Con...
9. Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Modificación del Contrato

| Ref. de Modificación | Tipo de modificación | Fecha de modificación | Fecha de Aprobación | Estado | Versión | Versión previa | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CO1.CTRMOD.24272710 | Modificar el contrato | 23/08/2026 11:41 AM *(UTC -5 horas)* | 29/08/2026 8:47 PM *(UTC -5 horas)* | Publicado | 4 | Ver | Detalle |
| CO1.CTRMOD.23813828 | Modificar el contrato | 18/07/2026 9:13 PM *(UTC -5 horas)* | 18/07/2026 9:16 PM *(UTC -5 horas)* | Publicado | 3 | Ver | Detalle |
| CO1.CTRMOD.23171546 | Modificar el contrato | 23/05/2026 10:46 PM *(UTC -5 horas)* | 23/05/2026 11:25 PM *(UTC -5 horas)* | Publicado | 2 | Ver | Detalle |

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



## TRASLADO DE PACIENTE INTERNO

Por favor responda las siguientes preguntas

Points: 100/100

1. Seleccione la fecha de diligenciamiento

9/27/2026

2. Tipo de vinculación

- Planta
- OPS

3. Perfil

- Enfermero
- Auxiliar de enfermeria
- Camillero
- Tecnologo de radiologia

4. Nombre completo

juan david lozano torres

5. Numero de identificación

1000350492

# TRASLADO DE PACIENTE INTERNO

Por favor responda las siguientes preguntas

Points: 100/100

1. Seleccione la fecha de diligenciamiento

9/27/2026

2. Tipo de vinculación

- [ ] Planta
- [x] OPS

3. Perfil

- [x] Enfermero
- [ ] Auxiliar de enfermeria
- [ ] Camillero
- [ ] Tecnólogo de radiología

4. Nombre completo

juan david lozano torres

5. Numero de identificación

1000350492

6. Seleccione la opcion a diligenciar

- [ ] PRE TEST
- [x] POS TEST

# ASEGURATE DE SEPTIEMBRE

Se registró tu respuesta.

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

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios

14°C
Parc. nublado
Buscar
ESP
LAA
22:48
9/9/2026

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

ASEGÚRATE BUENAS PRÁCTICAS EN

RESULTADO: 100 CALIFICACION

Aceptar

FECHA

Pregunta requerida

SELECCIONAR

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

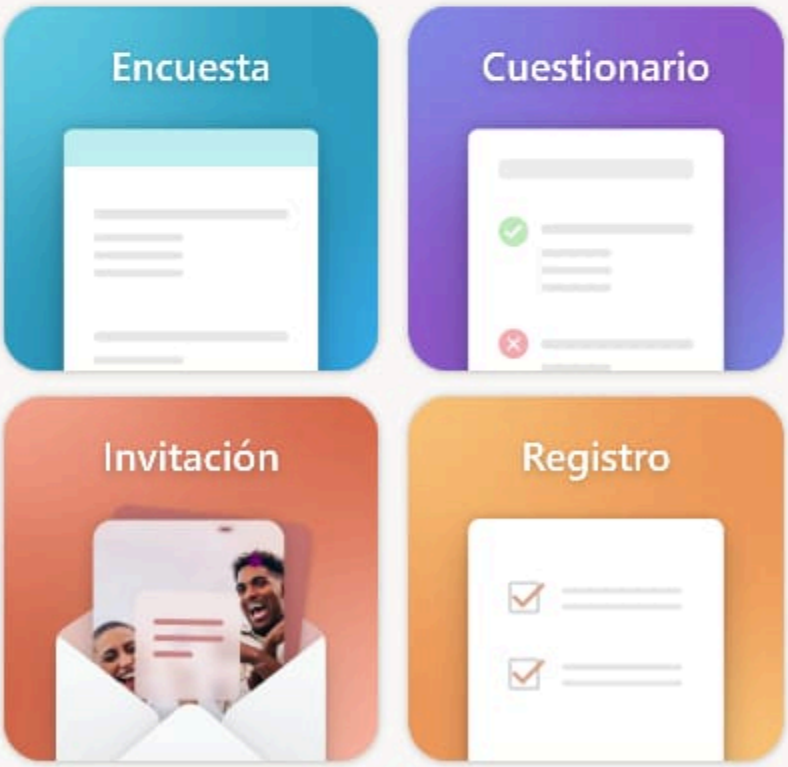
UNIDAD

14°C
Parc. nublado
Buscar
ESP
LAA
22:51
9/9/2026

# ¡Genial! La respuesta se ha guardado correctamente.

Ver mi respuesta

Hola, loren: Elija una tarjeta a continuación y empiece a crear con Microsoft Forms.



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

# FORMATO CONTROL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE BAÑOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

| | |
|---|---|
| Versión: | 3 |
| Fecha de aprobación: | 10/27/2025 |
| Código: | 14-07-FO-6952 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

UNIDAD DE ATENCION: APP HOSPITAL DE BOSA
PISO: 4
AREA: HOSPITALIZACIÓN ALA B

| FECHA | HORA INICIO | OPERARIO RESPONSABLE | Tipo de limpieza | Dotación insumos | | | Insumos empleados para limpieza y desinfección | | | | | Ruta sanitaria | Elementos Desinfectados | | | | | | | | | | | | HORA FINAL | FIRMA DEL COLABORADOR ASISTENCIAL Y/O APOYO DE LA SUPERVISIÓN DE LA SUBRED | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Terminal | Jabón de manos | Papel higiénico | toallas de manos | Jabón | Cloro orgánico | Desengrasante | Removedor | Ambientador | Descanecado | Dispensadores | Interruptores | Mesones - lavamanos | Espejos | Sanitarios - orinales | Pisos | Divisiones o cortinas | Puertas y perillas | Paredes | Techos | Canecas | Ventanas | Barandas | | | |
| 10/9/2026 | 2:10 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2:20 | | BAÑO HABITACIÓN 424 |
| 10/9/2026 | 2:20 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2:30 | | BAÑO HABITACIÓN 425 |
| 10/9/2026 | 2:30 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2:40 | | BAÑO HABITACIÓN 426 |
| 10/9/2026 | 2:40 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2:50 | | BAÑO HABITACIÓN 427 |
| 10/9/2026 | 2:50 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3:00 | | BAÑO HABITACIÓN 428 |
| 10/9/2026 | 3:00 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3:10 | | BAÑO HABITACIÓN 429 |
| 10/9/2026 | 3:10 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3:20 | | BAÑO HABITACIÓN 430 |
| 10/9/2026 | 3:20 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3:30 | Juan David Lozano Torres RN/ENFERMERO FUCS C.C. 1.000.350.492 | BAÑO HABITACIÓN 431 |
| 10/9/2026 | 3:30 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3:40 | | BAÑO HABITACIÓN 432 |
| 10/9/2026 | 3:40 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3:50 | | BAÑO HABITACIÓN 433 |
| 10/9/2026 | 3:50 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3:59 | | BAÑO HABITACIÓN 434 |
| 10/9/2026 | 3:59 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4:01 | | BAÑO HABITACIÓN 435 |
| 10/9/2026 | 4:01 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4:10 | | BAÑO HABITACIÓN 436 |
| 10/9/2026 | 4:10 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4:20 | | BAÑO HABITACIÓN 437 |
| 10/9/2026 | 4:20 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4:30 | Juan David Lozano Torres RN/ENFERMERO FUCS C.C. 1.000.350.492 | BAÑO HABITACIÓN 438 |
| 10/9/2026 | 4:30 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4:40 | | BAÑO HABITACIÓN 439 |
| 10/9/2026 | 4:40 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4:50 | | BAÑO HABITACIÓN 440 |
| 10/9/2026 | 4:50 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5:00 | | BAÑO HABITACIÓN 441 |
| 10/9/2026 | 5:00 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5:10 | | BAÑO HABITACIÓN 442 |
| 10/9/2026 | 5:10 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5:20 | | BAÑO HABITACIÓN 443 |
| 10/9/2026 | 5:20 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5:30 | | BAÑO HABITACIÓN 444 |
| 10/9/2026 | 5:30 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5:40 | | BAÑO HABITACIÓN 445 |
| 10/9/2026 | 5:40 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5:50 | Juan David Lozano Torres RN/ENFERMERO FUCS C.C. 1.000.350.492 | BAÑO HABITACIÓN 446 |
| 10/9/2026 | 5:50 | ANA | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6:00 | | BAÑO ESTAR DE MEDICOS U-2.4.2-25_01 |

HOSPITAL DE BOSA

| AREA: | HOSPITALIZACIÓN | TIPO DE AREA | | | TIPO ASEO | | ELEMENTOS DEL AREA ASEADOS | | | | | | | | | INSUMOS EMPLEADOS | | | | | | | ETAPA ENTREGA DEL AREA EJECUTADA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | HORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | HORA | NOMBRE DE QUIEN DESARROLLO LA ACTIVIDAD | FIRMA DEL COLABORADOR ASISTENCIAL Y/O APOYO DE LA SUPERVSIÓN DE LA SUBRED | NOVEDA OB |
| D/M/A | HORA INICIO | CRITICA | SEMI CRITICA | NO CRITICA | RUTINARIO | TERMINAL ( DE ACUERDO A LA NECESIDAD O MAXIMO CADA 8 DIAS | PISOS | ESCALERAS- PASILLOS - AREAS COMUNES | BARANDAS | VIDRIOS | PUERTAS- PERILLAS | PAREDES | TECHO | CANECAS Y CONTENEDORES | CLORO ORGANICO | DESENGRASANTE | REMOVEDOR | AMBIENTADOR | LIMPIAVIDRIOS | SELLO O MANTENEDOR | OTRO | HORA FINAL | OPERARIO | | |
| 10/9/2026 | 6:40 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:50 | ANA | | ESTAT |
| 10/9/2026 | 9:20 | | X | | X | | X | | | | X | | | | X | | | | | | | 9:40 | ANA | | CUAR |
| 10/9/2026 | 6:50 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:00 | ANA | | ATENCION |
| 10/9/2026 | 7:00 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:10 | ANA | | TRABAJO SUCI |
| 10/9/2026 | 7:10 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:20 | ANA | | TRABAJO LIM |
| 10/9/2026 | 7:20 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:30 | ANA | | DEPOSITO DE MED 13_02 |
| 10/9/2026 | 7:30 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:40 | ANA | | LAVADO DE PATOS U-2.4.2-14_01 |
| 10/9/2026 | 7:40 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:00 | ANA | | DEPOSITO DE PATOS LIMPIOS U-2.4.2-15_01 |
| 10/9/2026 | 8:00 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:10 | ANA | | ESTACION DE TRABAJO MEDICOS Y ENFERMERAS U-2.4.2-16_02 |
| 10/9/2026 | 8:10 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:20 | ANA | | EQUIPOS BIOMEDICOS U-2.4.2-28_01 |
| 10/9/2026 | 8:20 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:30 | ANA | | SALA DE VISITAS U-2.4.2-27_01 |
| 10/9/2026 | 8:30 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:40 | ANA | | PASILLOS |
| 10/9/2026 | 8:40 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:50 | ANA | | ATENCION ENFERMERIA U-2.4.2-09_04 |
| 10/9/2026 | 8:50 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 9:00 | ANA | | TRABAJO SUCIO U-2.4.2-11_04 |
| 10/9/2026 | 9:00 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 9:10 | ANA | | TRABAJO LIMPIO U-2.4.2-12_04 |
| 10/9/2026 | 9:10 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 9:20 | ANA | | Habitacion 447 |
| 10/9/2026 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10/9/2026 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10/9/2026 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10/9/2026 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10/9/2026 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10/9/2026 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10/9/2026 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Juan David Lozano Torres C.C. 1.000.350.492
RN/ENFERMERO
FUCS

FIRMA DE REVISION DEL SUPERVISOR DE LA EMPRESA TERCERIZADA QUE HACE SEGUIMIENTO

NOTA: LAS TERMINALES SE REALIZAN DE ACUERDO A LA NECESIDAD O MAXIMO CADA 8 DIAS

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): Daniela Quintero SERVICIO: Medicina interna

| 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 | 2. Terminal | ELEMENTOS: Equipos biomédicos o 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 - pistngos | 3. Gramelas/ Tinas | 4. Riñoneras | 5. Contenedores metalicos y plasticos | 6. Carro de medicamentos y accesorios | 7. Carro de paro -desfribilador- 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. Pelos | 14. Tablones (salas de paz) | 16. Bandejas | 13. Oyro cual? | NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD | NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 02/02/26 | 20 to 00 | 432-436 | T/N1 | X | | X | | | | X | X | | | | | | | X | X | X | X | X | | | | | | X | X | | | | | | | | X | X | Daniela | Juan David Lozano Torres RN/ENFERMERO UCS C.C. 1.000.350.492 | |
| 04/02/26 | 20 to 00 | 432-436 | T/N1 | X | | X | | | | X | X | | | | | | | X | X | X | X | X | | | | | | X | X | | | | | | | | X | X | Daniela | | |
| 06/02/26 | 20 to 00 | 432-436 | T/N1 | X | | X | | | | X | X | | | | | | | X | X | X | X | X | | | | | | X | X | | | | | | | | X | X | Daniela | | |
| 08/02/26 | 20 to 00 | 432-436 | T/N1 | X | | X | | | | X | X | | | | | | | X | X | X | X | X | | | | | | X | X | | | | | | | | X | X | Daniela | | |
| 14/02/26 | 20 to 00 | 432-436 | T/N1 | X | | X | | | | X | X | | | | | | | X | X | X | X | X | | | | | | X | X | | | | | | | | X | X | Daniela | | |
| 16/02/26 | 20 to 00 | 432-436 | T/N1 | X | | X | | | | X | X | | | | | | | X | X | X | X | X | | | | | | X | X | | | | | | | | X | X | Daniela | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Versión: | 3/1/1900 | ALCALDÍA DE BOGOTÁ D.C. | |
| Fecha de aprobación: | 27/10/2025 | | |
| Código: | 14-07-FO-0049 | | |

# FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREAS

Subred Sur Occidente E.S.E.

HOSPITAL DE BOSA

| MES: | 9 | TIPO DE AREA | | | TIPO ASEO | ELEMENTOS DEL AREA ASEADOS | | | | | | | | | | | INSUMOS EMPLEADOS | | | | | | | ETAPA ENTREGA DEL AREA EJECUTADA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AREA: | HOSPITALIZACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA | HORA | CIRUGIA | SALAS ESPECIALES | NO CIRUGICA | AUTOASEO | TERMINAL ( DE ACUERDO A LA NECESIDAD O MAXIMO CADA 8 DIAS | PISOS | ESCALERAS- PASILLOS- AREAS COMUNES | BARANDAS | VIDRIOS | PUERTAS- PERILLAS | PAREDES | TECHO | CANECAS Y CONTENEDORES | CLORO ORGANICO | DESENGRASANTE | REMOVEDOR | AMBIENTADOR | LIMPIAVIDRIOS | SELLO O MANTENEDOR | OTRO | HORA | NOMBRE DE QUIEN DESARROLLO LA ACTIVIDAD | FIRMA DEL COLABORADOR ASISTENCIAL Y/O APOYO DE LA SUPERVSIÓN DE LA SUBRED | NOVEDADES DE AREA Y OBSERVACIONES |
| DIA | HORA INICIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | HORA FINAL | OPERARIO | | |
| 16/9/2025 | 10.10 | X | | X | | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 10.25 | IVIS | | Retiro 429 |
| 16/9/2025 | 10.26 | X | | X | | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 10.45 | IVIS | | 425- 426 |
| 16/9/2025 | 10.96 | X | | X | | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 11.00 | IVIS. | | 427- 428 |
| 16/9/2025 | 11.01 | X | | X | | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 11.25 | IVIS | | 430 - 431 |
| 16/9/2025 | 11.26 | X | | X | | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 11.50 | IVIS | | 435- 490 |
| 16/9/2025 | 11.51 | X | | | X | | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | 12.17 | IVIS- | Juan David Cozz RN/ENFERM FUCS C.C 1.000.350. FUCS | 437 |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FIRMA DE REVISION DEL SUPERVISOR DE LA EMPRESA TERCERIZADA QUE HACE SEGUIMIENTO

NOTA: LAS TERMINALES SE REALIZAN DE ACUERDO A LA NECESIDAD O MAXIMO CADA 8 DIAS

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

# FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS

| | |
|---|---|
| Versión: | 3/1/1900 |
| Fecha de aprobación: | 27/10/2025 |
| Código: | 14-07-FO-0049 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD: HOSPITAL DE BOSA

PISO: 4
AREA: HOSPITALIZACIÓN

TIPO DE AREA: CRITICA | SEMI CRITICA | NO CRITICA

TIPO ASEO: RUTINARIO | TERMINAL ( DE ACUERDO A LA NECESIDAD O MAXIMO CADA 8 DIAS

ELEMENTOS DEL AREA ASEADOS: PISOS | ESCALERAS- PASILLOS - AREAS COMUNES | BARANDAS | VIDRIOS | PUERTAS- PERILLAS | PAREDES | TECHO | CANECAS Y CONTENEDORES

INSUMOS EMPLEADOS: CLORO ORGANICO | DESENGRASANTE | REMOVEDOR | AMBIENTADOR | LIMPIAVIDRIOS | SELLO O MANTENEDOR | OTRO

ETAPA ENTREGA DEL AREA EJECUTADA

| FECHA | HORA INICIO | HORA FINAL | NOMBRE DE QUIEN DESARROLLO LA ACTIVIDAD / OPERARIO | FIRMA DEL COLABORADOR ASISTENCIAL Y/O APOYO DE LA SUPERVSIÓN DE LA SUBRED | NOVEDADES DE AREA Y OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 18/9/2026 | 4:45 | 4:55 | Sherlyp | Juan David Lozano Torres RN/ENFERMERO FUCS C.C. 1.000.350.492 FUCS | HABITACIÓN 424 |
| 18/9/2026 | 5:00 | 5:10 | Sherlyp | | HABITACIÓN 425 |
| 18/9/2026 | 5:10 | 5:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 426 |
| 18/9/2026 | 5:26 | 5:30 | Sherlyp | | HABITACIÓN 427 |
| 18/9/2026 | 5:30 | 5:40 | Sherlyp | | HABITACIÓN 428 |
| 18/9/2026 | 5:40 | 5:50 | Sherlyp | | HABITACIÓN 429 |
| 18/9/2026 | 5:50 | 6:00 | Sherlyp | | HABITACION 430 |
| 18/9/2026 | 6:00 | 6:10 | Sherlyp | | HABITACIÓN 431 |
| 18/9/2026 | 6:10 | 6:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 432 |
| 18/9/2026 | 6:20 | 6:30 | sherlyp | Juan David Lozano Torres RN/ENFERMERO FUCS C.C. 1.000.350.492 FUCS | HABITACIÓN 433 |
| 18/9/2026 | 6:30 | 6:40 | Sherlyp | | HABITACIÓN 434 |
| 18/9/2026 | 6:40 | 6:50 | Sherlyp | | HABITACIÓN 435 |
| 18/9/2026 | 6:50 | 7:00 | Sherlyp | | HABITACIÓN 436 |
| 18/9/2026 | 7:00 | 7:10 | Sherlyp | | HABITACIÓN 437 |
| 18/9/2026 | 7:10 | 7:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 438 |
| 18/9/2026 | 7:20 | 7:30 | Sherlyp | | HABITACIÓN 439 |
| 18/9/2026 | 7:30 | 7:40 | Sherlyp | | HABITACIÓN 440 |
| 18/9/2026 | 7:50 | 8:00 | Sherlyp | | HABITACIÓN 441 |
| 18/9/2026 | 8:00 | 8:10 | Sherlyp | | HABITACIÓN 442 |
| 18/9/2026 | 8:10 | 8:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 443 |
| 18/9/2026 | 8:20 | 8:30 | Sherlyp | | HABITACIÓN 444 |
| 18/9/2026 | 9:10 | 9:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 445 |
| 18/9/2026 | 9:30 | 9:40 | Sherlyp | Juan David Lozano Torres RN/ENFERMERO FUCS C.C. 1.000.350.492 FUCS | HABITACIÓN 446 |

FIRMA DE REVISION DEL SUPERVISOR DE LA EMPRESA TERCERIZADA QUE HACE SEGUIMIENTO

NOTA: LAS TERMINALES SE REALIZAN DE ACUERDO A LA NECESIDAD O MAXIMO CADA 8 DIAS

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

# FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS

| | |
|---|---|
| Versión: | 3/1/1900 |
| Fecha de aprobación: | 27/10/2025 |
| Código: | 14-07-FO-0049 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD: HOSPITAL DE BOSA

PISO: 4

AREA: HOSPITALIZACIÓN

| FECHA / DIA | HORA / HORA INICIO | TIPO DE AREA: CRITICA | TIPO DE AREA: SEMI CRITICA | TIPO DE AREA: NO CRITICA | TIPO ASEO: RUTINARIO | TIPO ASEO: TERMINAL ( DE ACUERDO A LA NECESIDAD O MAXIMO CADA 8 DIAS | ELEMENTOS DEL AREA ASEADOS: PISOS | ESCALERAS- PASILLOS - AREAS COMUNES | BARANDAS | VIDRIOS | PUERTAS- PERILLAS | PAREDES | TECHO | CANECAS Y CONTENEDORES | INSUMOS EMPLEADOS: CLORO ORGANICO | DESENGRASANTE | REMOVEDOR | AMBIENTADOR | LIMPIAVIDRIOS | SELLO O MANTENEDOR | OTRO | ETAPA ENTREGA DEL AREA EJECUTADA: HORA / HORA FINAL | NOMBRE DE QUIEN DESARROLLO LA ACTIVIDAD / OPERARIO | FIRMA DEL COLABORADOR ASISTENCIAL Y/O APOYO DE LA SUPERVSIÓN DE LA SUBRED | NOVEDADES DE AREA Y OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18/9/2026 | 4:45 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 4:55 | Sherlyp | Juan David Lozano Torres RN/ENFERMERO FUCS C.C. 1.000.350.492 FUCS | HABITACIÓN 424 |
| 18/9/2026 | 5:00 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 5:10 | Sherlyp | | HABITACIÓN 425 |
| 18/9/2026 | 5:10 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 5:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 426 |
| 18/9/2026 | 5:20 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | - | 5:30 | Sherlyp | | HABITACIÓN 427 |
| 18/9/2026 | 5:30 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 5:40 | Sherlyp | | HABITACIÓN 428 |
| 18/9/2026 | 5:40 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 5:50 | Sherlyp | | HABITACIÓN 429 |
| 18/9/2026 | 5:50 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:00 | Sherlyp | | HABITACION 430 |
| 18/9/2026 | 6:00 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:10 | Sherlyp | | HABITACIÓN 431 |
| 18/9/2026 | 6:10 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 432 |
| 18/9/2026 | 6:20 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:30 | sherlyp | | HABITACIÓN 433 |
| 18/9/2026 | 6:30 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:40 | Sherlyp | | HABITACIÓN 434 |
| 18/9/2026 | 6:40 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:50 | Sherlyp | | HABITACIÓN 435 |
| 18/9/2026 | 6:50 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:00 | Sherlyp | | HABITACIÓN 436 |
| 18/9/2026 | 7:00 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:10 | Sherlyp | | HABITACIÓN 437 |
| 18/9/2026 | 7:10 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 438 |
| 18/9/2026 | 7:20 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:30 | Sherlyp | | HABITACIÓN 439 |
| 18/9/2026 | 7:30 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:40 | Sherlyp | | HABITACIÓN 440 |
| 18/9/2026 | 7:50 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:00 | Sherlyp | | HABITACIÓN 441 |
| 18/9/2026 | 8:00 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:10 | Sherlyp | | HABITACIÓN 442 |
| 18/9/2026 | 8:10 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 443 |
| 18/9/2026 | 8:20 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:30 | Sherlyp | | HABITACIÓN 444 |
| 18/9/2026 | 9:10 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 9:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 445 |
| 18/9/2026 | 9:30 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 9:40 | Sherlyp | | HABITACIÓN 446 |

FIRMA DE REVISION DEL SUPERVISOR DE LA EMPRESA TERCERIZADA QUE HACE SEGUIMIENTO

NOTA: LAS TERMINALES SE REALIZAN DE ACUERDO A LA NECESIDAD O MAXIMO CADA 8 DIAS

Sur Occidente E.S.E.

FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREAS

HOSPITAL DE BOSA

| | | |

Sur Occidente E.S.E

FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREAS

HOSPITAL DE BOSA

| PISO: 5 | TIPO DE AREA | | | TIPO ASEO | | ELEMENTOS DEL AREA ASEADOS | | | | | | | | INSUMOS EMPLEADOS | | | | | | | | ETAPA ENTREGA DEL AREA EJECUTADA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AREA: HOSPITALIZACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | HORA | NOMBRE DE QUIEN DESARROLLO LA ACTIVIDAD | FIRMA DEL COLABORADOR ASISTENCIAL Y/O APOYO DE LA SUPERVISIÓN DE LA SUBRED | NOVEDADES DE AREA Y OBSERVACIONES |
| FECHA | HORA | CRITICA | SEMI CRITICA | NO CRITICA | RUTINARIO | TERMINAL (TIE ACUERDO A LA NECESIDAD O MINIMO CADA 8 DIAS | PISOS | ESCALERAS, PASILLOS, AREAS COMUNES | BARANDAS | VENTANAS | PUERTAS, PERILLAS | PAREDES | TECHO | CANECAS Y CONTENEDORES | CLORO ORGANICO | DESENGRASANTE | REMOVEDOR | AMBIENTADOR | LIMPIAVIDRIOS | SELLO O MANTENEDOR | OTRO | HORA FINAL | OPERARIO | | |
| 18/9/2025 | 2:20 | | x | | x | | x | | | | x | | | x | x | | | | | | | 2:30 | Sherlyn | | ESTAR MEDICOS U-2.4.2-25_01 |
| 18/9/2025 | 2:30 | | x | | x | | x | | | | x | | | | x | | | | | | | 2:40 | Sherlyn | | CUARTO DE ASEO U-2.4.2-07_01 |
| 18/9/2025 | 2:40 | | x | | x | | x | | | | x | | | x | x | | | | | | | 2:50 | Sherlyn | | ATENCION ENFERMERIA U-2.4.2-09_03 |
| 18/9/2025 | 2:50 | | x | | x | | x | | | | x | | | | x | | | | | | | 2:55 | Sherlyn | | TRABAJO SUCIO U-2.4.2-11_03 |
| 18/9/2025 | 2:56 | | x | | x | | x | | | | x | | | | x | | | | | | | 3:00 | Sherlyn | | TRABAJO LIMPIO U-2.4.2-12_03 |
| 18/9/2025 | 3:00 | | x | | x | | x | | | | x | | | | x | | | | | | | 3:05 | Sherlyn | | DEPOSITO DE MEDICAMENTOS U-2.4.2-13_02 |
| 18/9/2025 | 3:05 | | x | | x | | x | | | | x | | | x | x | | | | | | | 3:10 | Sherlyn | | LAVADO DE PATOS U-2.4.2-14_01 |
| 18/9/2025 | 3:10 | | x | | x | | x | | | | x | | | | x | | | | | | | 3:20 | Sherlyn | | DEPOSITO DE PATOS LIMPIOS U-2.4.2-15_01 |
| 18/9/2025 | 3:20 | | x | | x | | x | | | | x | | | x | x | | | | | | | 3:30 | Sherlyn | | ESTACION DE TRABAJO MEDICOS Y ENFERMERAS U-2.4.2-16_02 |
| 18/9/2025 | 3:30 | | x | | x | | x | | | | x | | | | x | | | | | | | 3:40 | Sherlyn | | EQUIPOS BIOMEDICOS U-2.4.2-28_01 |
| 18/9/2025 | 3:40 | | x | | x | | x | | | | x | | | x | x | | | | | | | 3:50 | Sherlyn | | SALA DE VISITAS U-2.4.2-27_01 |
| 18/9/2025 | 3:50 | | x | | x | | x | | | | x | | | | x | | | | | | | 4:00 | Sherlyn | | PASILLOS |
| 18/9/2025 | 4:00 | | x | | x | | x | | | | x | | | x | x | | | | | | | 4:20 | Sherlyn | | ATENCION ENFERMERIA U-2.4.2-09_04 |
| 18/9/2025 | 4:20 | | x | | x | | x | | | | x | | | | x | | | | | | | 4:25 | Sherlyn | | TRABAJO SUCIO U-2.4.2-11_04 |
| 18/9/2025 | 4:25 | | x | | x | | x | | | | x | | | | x | | | | | | | 4:30 | Sherlyn | | TRABAJO LIMPIO U-2.4.2-12_04 |
| 18/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Juan David Lozano Torres
RN/ENFERMERO
FUCS
C.C. 1.000.350.492

Juan David Lozano Torres
RN/ENFERMERO
FUCS
C.C. 1.000.350.492

FIRMA DE REVISION DEL SUPERVISOR DE LA EMPRESA TERCERIZADA QUE HACE SEGUIMIENTO

NOTA: LAS TERMINALES SE REALIZAN DE ACUERDO A LA NECESIDAD O MAXIMO CADA 8 DIAS

# FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

| Versión | 1 |
|---|---|
| Fecha de aprobación | 2/10/2026 |
| Código | 9745-FO-6119 |

UNIDAD (UMHES – CAPS – PAPS): Noche 1 SERVICIO: Medicina Interna 4 Piso A1a 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 | 2. Terminal | ELEMENTOS: 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. Escalerita | 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-desfibrilador 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. Tablonas (salas de paz) | 15. Bandejas | 13. Otro cual? | NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD | NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-09-26 | 6+00 | U32 447 | TN1 | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | | Yohana O | | |
| 4-09-26 | 6+00 | U32 447 | TN1 | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | | Yohana O | | |
| 6-09-26 | 6+00 | U32 447 | TN1 | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | | Yohana O | | |
| 8-09-26 | 6+00 | U32 447 | TN1 | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | | Yohana O | | |
| 10-09-26 | 6+00 | U32 447 | TN1 | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | | Yohana O | | |
| 12-09-26 | 6+00 | U32 447 | TN1 | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | | Yohana O | | |
| 14-09-26 | 6+00 | U32 447 | TN1 | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | | Yohana O | | |
| 16-09-26 | 6+00 | U32 447 | TN1 | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | | Yohana O | | |
| 18-09-26 | 6+00 | U32 447 | TN1 | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | | Daniela | | |
| 20-09-26 | 6+00 | U32 447 | TN1 | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | | Daniela | | |
| 22-09-26 | 6+00 | U32 447 | TN1 | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | | Yohana O. | | |

Juan David Lozano Mora
RN/ENFERMERO
C.C. 1000350.4...

AREA: HOSPITALIZACIÓN ALA B

| FECHA | HORA INICIO | OPERARIO RESPONSABLE | Tipo de limpieza | Dotación insumos | | | Insumos empleados para limpieza y desinfección | | | | | Ruta sanitaria | Elementos Desinfectantes | | | | | | | | | | | | HORA FINAL | FIRMA DEL COLABORADOR ASISTENCIAL Y/O APOYO DE LA SUPERVSIÓN DE LA SUBRED | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Terminal | Jabón de manos | Papel higiénico | toallas de manos | Jabón | Cloro orgánico | Desengrasante | Removedor | Ambientador | Descarnecado | Dispensadores | Interruptores | Mesones - lavamanos | Espejos | Sanitarios - orinales | Pisos | Divisiones o cortinas | Puertas y perfiles | Paredes | Techos | Canecas | Ventanas | Barandas | | | |
| 24/9/2025 | 4:55 | Sheyla | x | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | 5:05 | | BAÑO ENFERMERAS U-2.4.2-10_02 |
| 24/9/2025 | 5:05 | Sheyla | x | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | 5:10 | | BAÑO SALA DE ESPERA HOMBRES U-2.4.2-05_01 |
| 24/9/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

# FORMATO CONTROL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE BAÑOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Versión: 5
Fecha de aprobación: 19/07/2024
Código: 1-4-07-F-O-0032

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

UNIDAD DE ATENCION: APP HOSPITAL DE BOSA
PISO: 4
AREA: HOSPITALIZACIÓN ALA B

| FECHA | HORA INICIO | OPERARIO RESPONSABLE | Tipo de limpieza: Terminal | Dotación requerida: Jabón de manos | Papel higiénico | Toalla de manos | Insumos empleados para limpieza y desinfección: Jabón | Cloro orgánico | Detergente | Renovador | Ambientador | Ruta sanitaria: Descanso | Elementos Desinfectados: Dispensadores | Interruptores | Muecos - interruptores | Espejos | Sanitarios - orinales | Pisos | Divisiones o pestañas | Puertas y pestillos | Paredes | Techo | Camas | Varios | Sillas | HORA FINAL | FIRMA DEL COLABORADOR ASISTENCIAL Y/O APOYO DE LA SUPERVISIÓN DE LA SUBRED | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24/9/2025 | 5:20 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 5:30 | Juan David Lazaro Torres RN/ENFERMERO FUCS C.C. 1.000.350.492 | BAÑO HABITACIÓN 424 |
| 24/9/2025 | 5:30 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 5:40 | | BAÑO HABITACIÓN 425 |
| 24/9/2025 | 5:40 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 5:50 | | BAÑO HABITACIÓN 426 |
| 24/9/2025 | 5:50 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 6:00 | | BAÑO HABITACIÓN 427 |
| 24/9/2025 | 6:00 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 6:10 | | BAÑO HABITACIÓN 428 |
| 24/9/2025 | 6:10 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 6:20 | | BAÑO HABITACIÓN 429 |
| 24/9/2025 | 6:20 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 6:30 | | BAÑO HABITACIÓN 430 |
| 24/9/2025 | 6:30 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 6:40 | | BAÑO HABITACIÓN 431 |
| 24/9/2025 | 6:40 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 6:50 | | BAÑO HABITACIÓN 432 |
| 24/9/2025 | 6:50 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 7:00 | | BAÑO HABITACIÓN 433 |
| 24/9/2025 | 7:00 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 7:10 | | BAÑO HABITACIÓN 434 |
| 24/9/2025 | 7:10 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 7:20 | | BAÑO HABITACIÓN 435 |
| 24/9/2025 | 7:20 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 7:30 | | BAÑO HABITACIÓN 436 |
| 24/9/2025 | 7:30 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 7:40 | | BAÑO HABITACIÓN 437 |
| 24/9/2025 | 7:40 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 7:50 | | BAÑO HABITACIÓN 438 |
| 24/9/2025 | 7:50 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 8:00 | | BAÑO HABITACIÓN 439 |
| 24/9/2025 | 8:35 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 8:45 | | BAÑO HABITACIÓN 440 |
| 24/9/2025 | 8:45 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 8:55 | | BAÑO HABITACIÓN 441 |
| 24/9/2025 | 8:55 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 9:00 | | BAÑO HABITACIÓN 442 |
| 24/9/2025 | 9:00 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 9:10 | | BAÑO HABITACIÓN 443 |
| 24/9/2025 | 9:10 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 9:20 | | BAÑO HABITACIÓN 444 |
| 24/9/2025 | 9:20 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 9:30 | | BAÑO HABITACIÓN 445 |
| 24/9/2025 | 9:30 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 9:40 | | BAÑO HABITACIÓN 446 |
| 24/9/2025 | 2:20 | Sherly | x | x | x | x | | x | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 2:30 | | BAÑO ESTAR DE MEDICOS |

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

# FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS

| | |
|---|---|
| Versión: | 3/1/1900 |
| Fecha de aprobación: | 27/10/2025 |
| Código: | 14-07-FO-0049 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

HOSPITAL DE BOSA

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

| PISO: | 4 |
|---|---|
| AREA: | HOSPITALIZACIÓN |

| FECHA | HORA | TIPO DE AREA | | | TIPO ASEO | | ELEMENTOS DEL AREA ASEADOS | | | | | | | | INSUMOS EMPLEADOS | | | | | | | ETAPA ENTREGA DEL AREA EJECUTADA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | HORA | NOMBRE DE QUIEN DESARROLLO LA ACTIVIDAD | FIRMA DEL COLABORADOR ASISTENCIAL Y/O APOYO DE LA SUPERVSIÓN DE LA SUBRED | NOVEDADES DE AREA Y OBSERVACIONES |
| D/M/A | HORA INICIO | CRITICA | SEMI CRITICA | NO CRITICA | RUTINARIO | TERMINAL ( DE ACUERDO A LA NECESIDAD O MAXIMO CADA 8 DIAS | PISOS | ESCALERAS- PASILLOS - AREAS COMUNES | BARANDAS | VIDRIOS | PUERTAS- PERILLAS | PAREDES | TECHO | CANECAS Y CONTENEDORES | CLORO ORGANICO | DESENGRASANTE | REMOVEDOR | AMBIENTADOR | LIMPIAVIDRIOS | SELLO O MANTENEDOR | OTRO | HORA FINAL | OPERARIO | | |
| 24/9/2026 | 5:20 | X | | | X | | X | | | | ✓ | | | X | X | | | | | | | 5:30 | Sherlyp | | HABITACIÓN 424 |
| 24/9/2026 | 5:30 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 5:40 | Sherlyp | | HABITACIÓN 425 |
| 24/9/2026 | 5:40 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 5:50 | Sherlyp | | HABITACIÓN 426 |
| 24/9/2026 | 5:50 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:00 | Sherlyp | | HABITACIÓN 427 |
| 24/9/2026 | 6:00 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:10 | Sherlyp | | HABITACIÓN 428 |
| 24/9/2026 | 6:10 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 429 |
| 24/9/2026 | 6:20 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:30 | Sherlyp | | HABITACIÓN 430 |
| 24/9/2026 | 6:30 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:40 | Sherlyp | | HABITACIÓN 431 |
| 24/9/2026 | 6:40 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 6:50 | Sherlyp | | HABITACIÓN 432 |
| 24/9/2026 | 6:50 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:00 | Sherlyp | | HABITACIÓN 433 |
| 24/9/2026 | 7:00 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:10 | Sherlyp | | HABITACIÓN 434 |
| 24/9/2026 | 7:10 | | X | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 435 |
| 24/9/2026 | 7:20 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:30 | Sherlyp | | HABITACIÓN 436 |
| 24/9/2026 | 7:30 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:40 | Sherlyp | | HABITACIÓN 437 |
| 24/9/2026 | 7:40 | | | X | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 7:50 | Sherlyp | | HABITACIÓN 438 |
| 24/9/2026 | 7:50 | | | X | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:00 | Sherlyp | | HABITACIÓN 439 |
| 24/9/2026 | 8:35 | | | X | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:45 | Sherlyp | | HABITACIÓN 440 |
| 24/9/2026 | 8:45 | | | X | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 8:55 | Sherlyp | | HABITACIÓN 441 |
| 24/9/2026 | 9:00 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 9:10 | Sherlyp | | HABITACIÓN 442 |
| 24/9/2026 | 9:10 | | | X | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 9:20 | Sherlyp | | HABITACIÓN 443 |
| 24/9/2026 | 9:20 | X | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 9:30 | Sherlyp | | HABITACIÓN 444 |
| 24/9/2026 | 9:30 | | | X | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | | | 9:40 | Sherlyp | | HABITACIÓN 445 |
| 24/9/2026 | 9:40 | | | | X | | X | | | | X | | | | X | | | | | | | 9:50 | Sherlyp | | HABITACIÓN 446 |

Juan David Lozano Torres
RN/ENFERMERO
FUCS
C.C. 1.000.350.492

FIRMA DE REVISION DEL SUPERVISOR DE LA EMPRESA TERCERIZADA QUE HACE SEGUIMIENTO

NOTA: LAS TERMINALES SE REALIZAN DE ACUERDO A LA NECESIDAD O MAXIMO CADA 8 DIAS

FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS

| | |
|---|---|
| Versión: | 3/1/1900 |
| Fecha de aprobación: | 27/10/2026 |
| Código: | 14-07-FO-0049 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

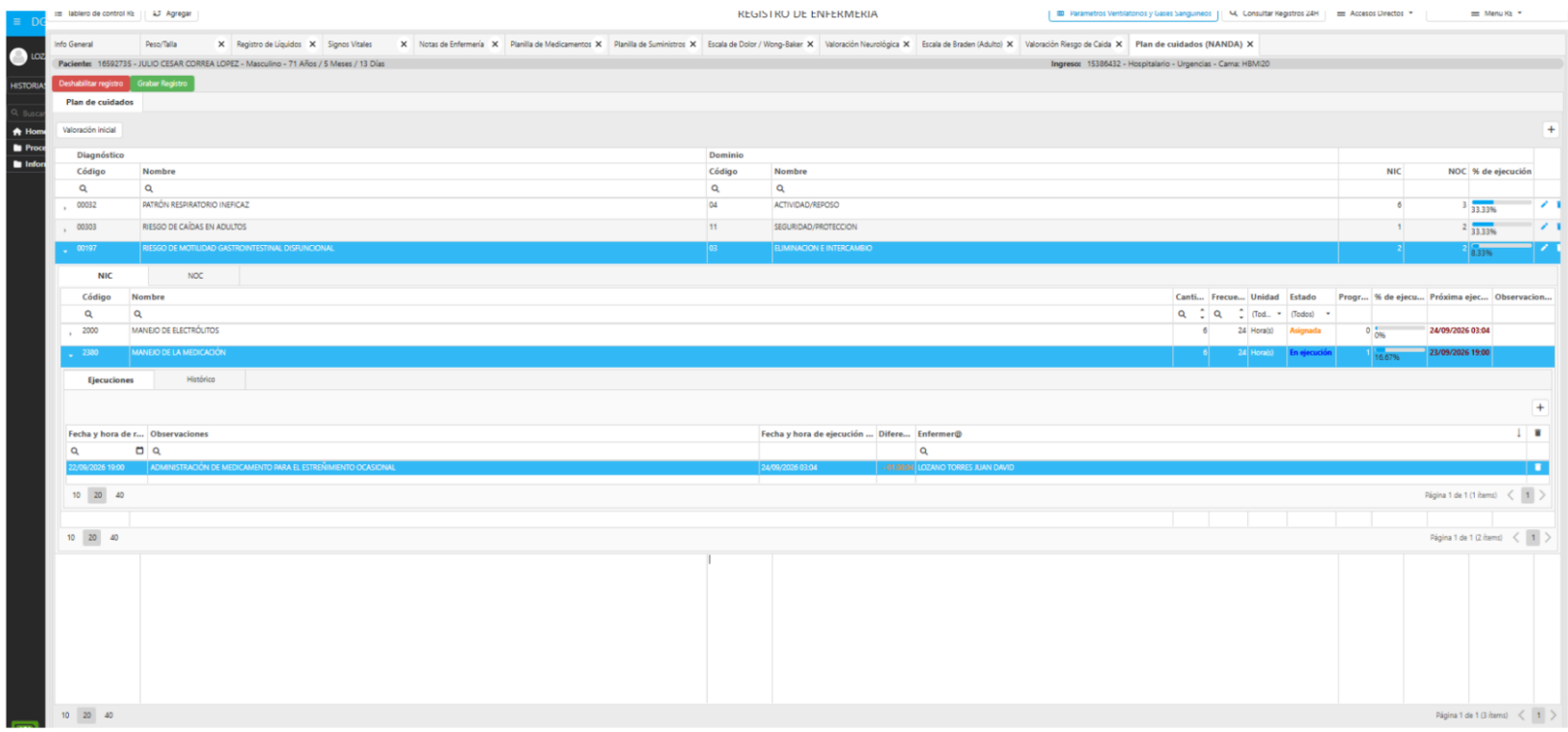
HOSPITAL DE BOSA

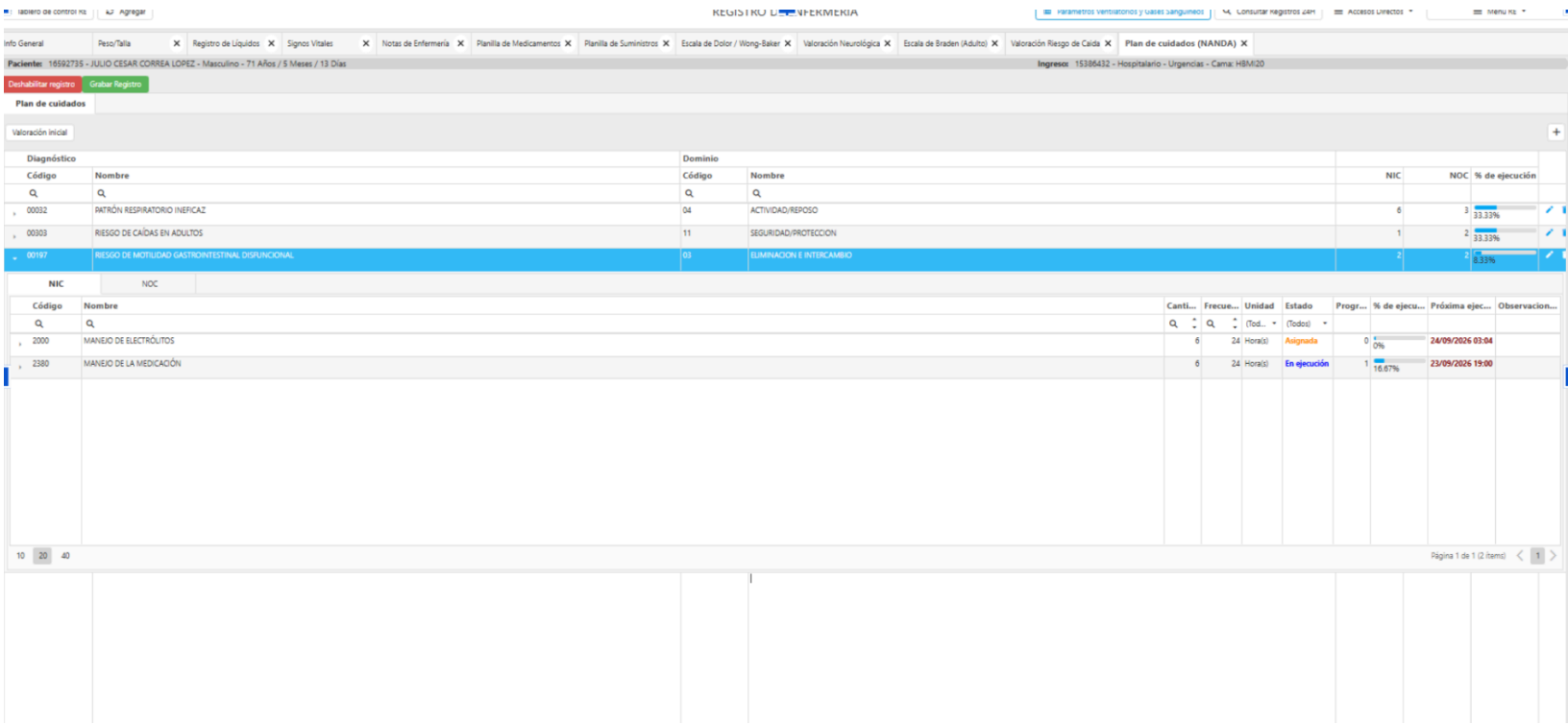
| | | |

APP HOSPITAL DE ROSA

HOSPITALIZACIÓN ALA B

| FECHA | HORA | HORA FINAL | Barandas | Ventanas | Canecas | Techos | Paredes | Puertas y perillas | Divisiones o cortinas | Pisos | Sanitarios - orinales | Espejos | Mesones - lavamanos | Interruptores | Dispensadores | Dosificación | Ambientador | Removedor | Desengrasante | Cloro orgánico | Jabón | Gel | Jabón de manos | Papel higiénico | Toallas de manos | FIRMA DEL COLABORADOR ASISTENCIAL Y/O APOYO DE LA SUPERVISIÓN DE LA SUBRED | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Elementos Desinfectados | | | | | | | Insumos suministrados para limpieza y desinfección | | | | | | | Insumos suministrados para baños | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | Bata antifluido | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2/10 | 1125 | 2:30 | ✓ | ✓ | X | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Bano 422 |
| 2:30 | 1125 | 2:10 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Bano 422 |
| 2:46 | 1125 | 2:50 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Bano 422 |
| 3:00 | 1125 | 3:00 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Bano 422 |
| 3:10 | 1125 | 3:10 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Bano 436 |
| 3:20 | 1125 | 3:20 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Bano 444 |
| 3:30 | 1125 | 3:40 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Bano 442 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |


REGISTRO DE ENFERMERIA
Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Escala de Dolor / Wong-Baker
Valoración Neurológica
Escala de Braden (Adulto)
Valoración Riesgo de Caída
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 16592735 - JULIO CESAR CORREA LOPEZ - Masculino - 71 Años / 5 Meses / 13 Días
Ingreso: 15386432 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI20
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecución
00032 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ 04 ACTIVIDAD/REPOSO 6 3 33.33%
00303 RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS 11 SEGURIDAD/PROTECCION 1 2 33.33%
00197 RIESGO DE MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL 03 ELIMINACION E INTERCAMBIO 2 2 8.33%
NIC
NOC
Código
Nombre
Canti...
Frecue...
Unidad
Estado
Progr...
% de ejecu...
Próxima ejec...
Observacion...
2000 MANEJO DE ELECTRÓLITOS 6 24 Hora(s) Asignada 0 0% 24/09/2026 03:04
2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN 6 24 Hora(s) En ejecución 1 16.67% 23/09/2026 19:00
Ejecuciones
Histórico
Fecha y hora de r...
Observaciones
Fecha y hora de ejecución ...
Difere...
Enfermer@
22/09/2026 19:00 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO PARA EL ESTREÑIMIENTO OCASIONAL 24/09/2026 03:04 LOZANO TORRES JUAN DAVID
Página 1 de 1 (1 ítems)
Página 1 de 1 (2 ítems)
Página 1 de 1 (3 ítems)


Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Escala de Dolor / Wong-Baker
Valoración Neurológica
Escala de Braden (Adulto)
Valoración Riesgo de Caída
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 16592735 - JULIO CESAR CORREA LOPEZ - Masculino - 71 Años / 5 Meses / 13 Días
Ingreso: 15386432 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI20
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecución
00032 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ 04 ACTIVIDAD/REPOSO 6 3 33.33%
00303 RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS 11 SEGURIDAD/PROTECCION 1 2 33.33%
00197 RIESGO DE MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL 03 ELIMINACION E INTERCAMBIO 2 2 8.33%
NIC
NOC
Código
Nombre
Canti...
Frecue...
Unidad
Estado
Progr...
% de ejecu...
Próxima ejec...
Observacion...
2000 MANEJO DE ELECTRÓLITOS 6 24 Hora(s) Asignada 0 0% 24/09/2026 03:04
2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN 6 24 Hora(s) En ejecución 1 16.67% 23/09/2026 19:00
Página 1 de 1 (2 ítems)

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

**Paciente:** 80261121 - JORGE ALBERTO VACCA VACCA - Masculino - 65 Años / 11 Meses / 23 Días — **Ingreso:** 15337807 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI68

Deshabilitar registro | Grabar Registro

**Plan de cuidados**

Valoración inicial

| Diagnóstico | | Dominio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código | Nombre | Código | Nombre | NIC | NOC | % de ejecución |
| 00133 | DOLOR CRÓNICO | 12 | CONFORT | 1 | 1 | 100% |
| 00028 | RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS | 02 | NUTRICIÓN | 1 | 1 | 100% |
| 00196 | MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL | 03 | ELIMINACION E INTERCAMBIO | 3 | 2 | 5.56% |

NIC | NOC

| Código | Nombre | Canti... | Frecue... | Unidad | Estado | Progr... | % de ejecu... | Próxima ejec... | Observacion... |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0430 | CONTROL INTESTINAL | 6 | 24 | Hora(s) | Asignada | 0 | 0% | 24/09/2026 03:36 | |
| 0460 | MANEJO DE LA DIARREA | 6 | 24 | Hora(s) | Asignada | 0 | 0% | 24/09/2026 03:36 | |
| 1450 | MANEJO DE LAS NÁUSEAS | 6 | 24 | Hora(s) | En ejecución | 1 | 16.67% | 23/09/2026 21:00 | |

Ejecuciones | Histórico

| Fecha y hora de r... | Observaciones | Fecha y hora de ejecución ... | Difere... | Enfermer@ |
|---|---|---|---|---|
| 22/09/2026 21:00 | COLOCACIÓN DE ANTIEMETICO Y VERIFICACIÓN DE COLOCACIÓN DE ANTIDIARREICO SEGUN MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DEL PACIENTE | 24/09/2026 03:36 | - 01:06:36 | LOZANO TORRES JUAN DAVID |

10 | 20 | 40 — Página 1 de 1 (1 items)

10 | 20 | 40 — Página 1 de 1 (3 items)

10 | 20 | 40 — Página 1 de 1 (3 items)

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

**Paciente:** 80261121 - JORGE ALBERTO VACCA VACCA - Masculino - 65 Años / 11 Meses / 23 Días — **Ingreso:** 15337807 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI68

Deshabilitar registro | Grabar Registro

**Plan de cuidados**

Valoración inicial

| Diagnóstico | | Dominio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código | Nombre | Código | Nombre | NIC | NOC | % de ejecución |
| 00133 | DOLOR CRÓNICO | 12 | CONFORT | 1 | 1 | 100% |
| 00028 | RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS | 02 | NUTRICIÓN | 1 | 1 | 100% |
| 00196 | MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL | 03 | ELIMINACION E INTERCAMBIO | 3 | 2 | 16.67% |

NIC | NOC

| Código | Nombre | Canti... | Frecue... | Unidad | Estado | Progr... | % de ejecu... | Próxima ejec... | Observaci |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0430 | CONTROL INTESTINAL | 6 | 24 | Hora(s) | En ejecución | 1 | 16.67% | 23/09/2026 21:00 | |

Ejecuciones | Histórico

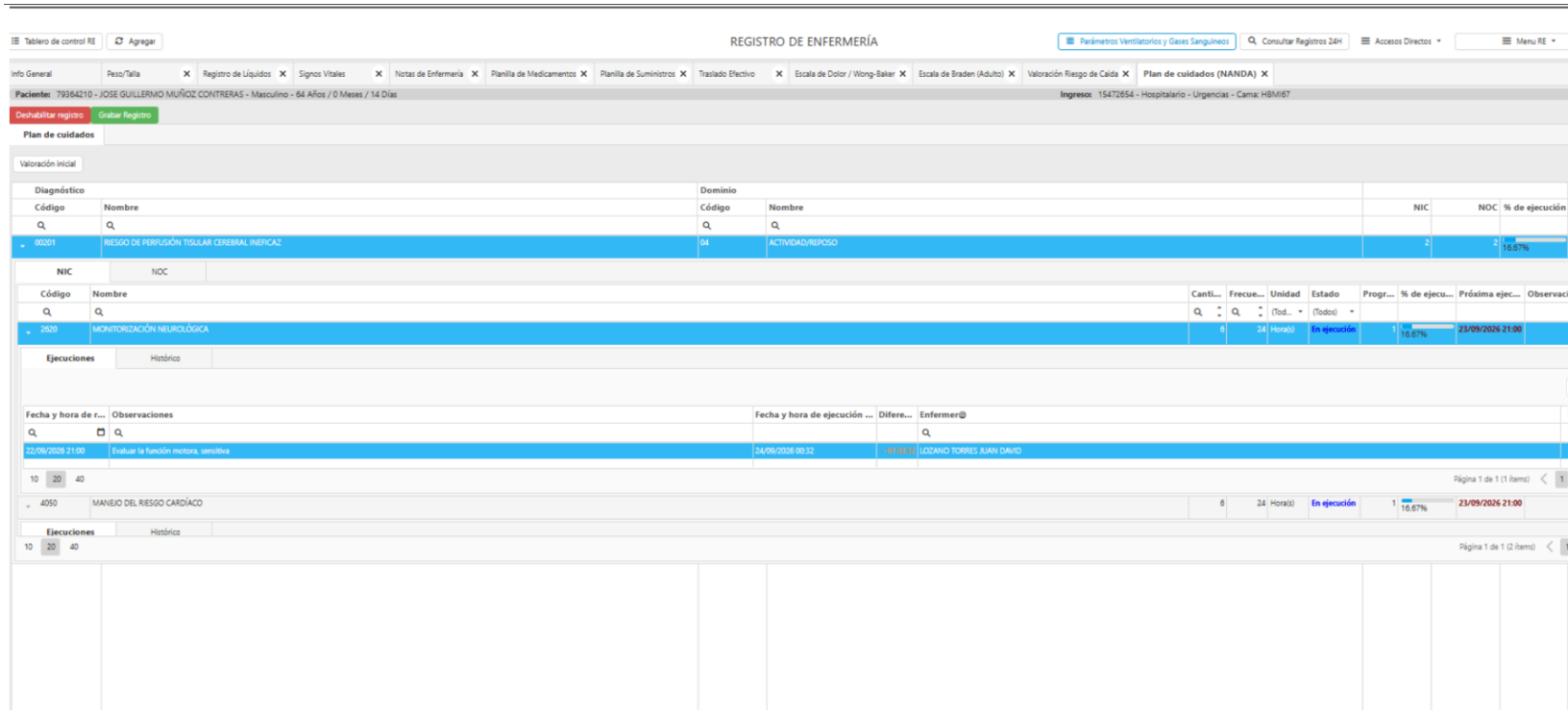
| Fecha y hora de r... | Observaciones | Fecha y hora de ejecución ... | Difere... | Enfermer@ |
|---|---|---|---|---|
| 22/09/2026 21:00 | Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal. | 24/09/2026 03:36 | - 01:06:36 | LOZANO TORRES JUAN DAVID |

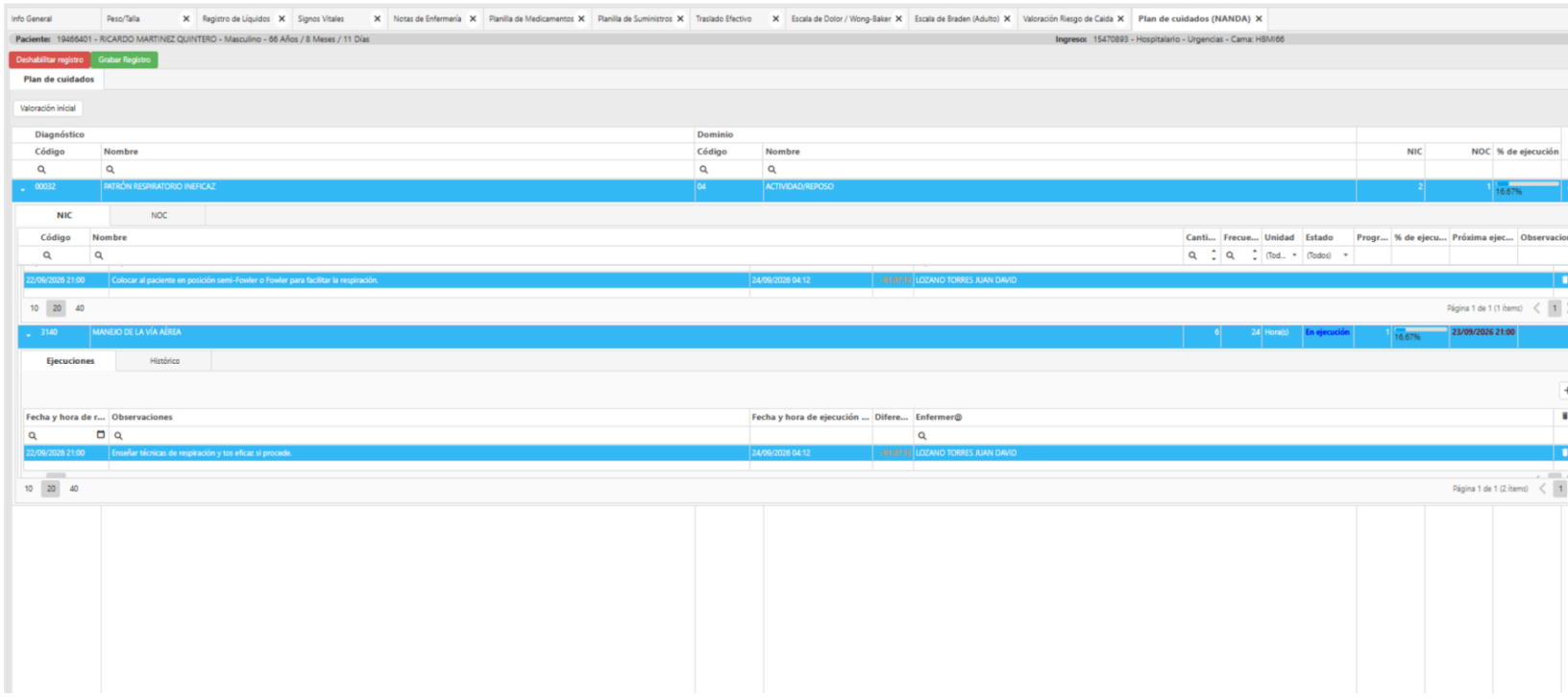
10 | 20 | 40 — Página 1 de 1 (1 items)

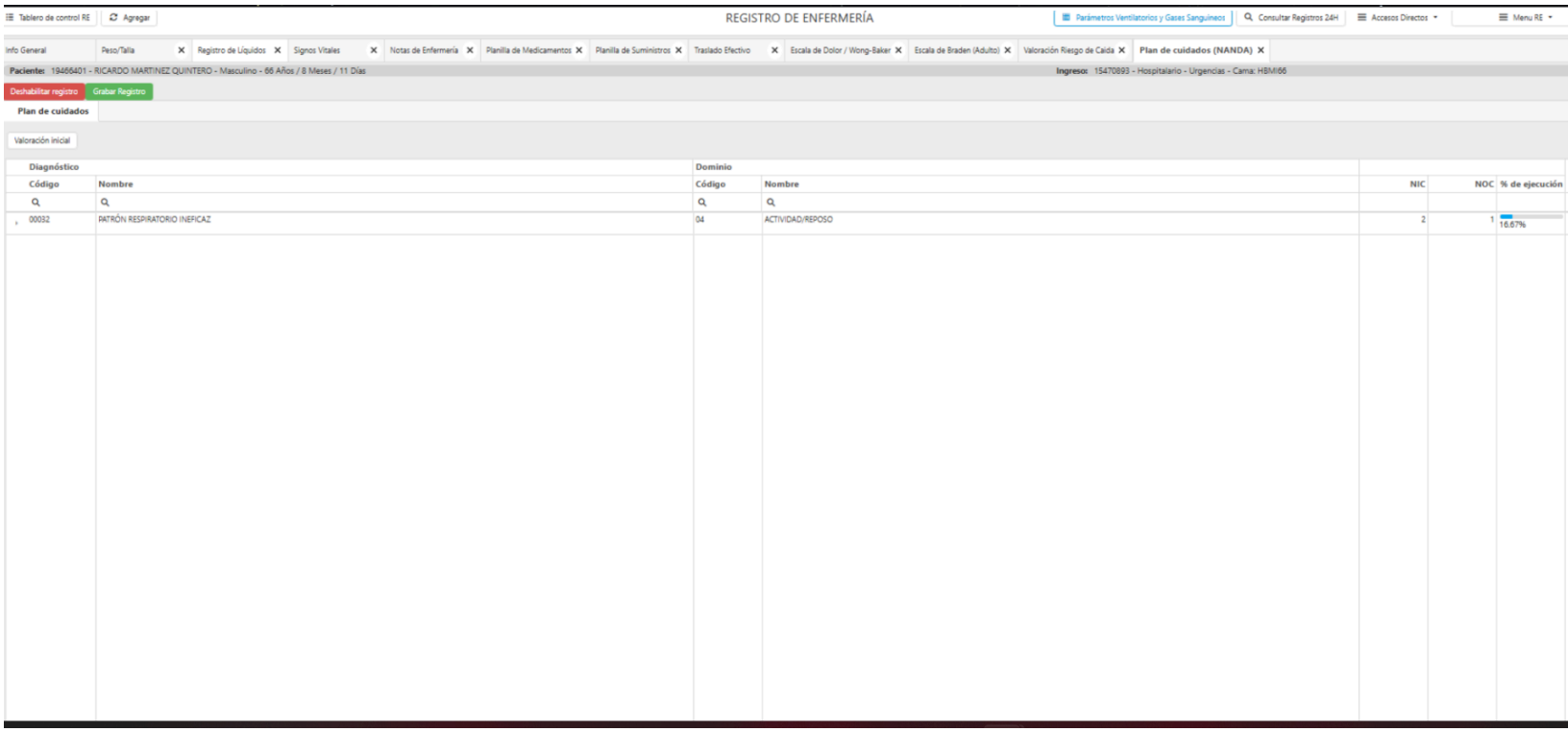
| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0460 | MANEJO DE LA DIARREA | 6 | 24 | Hora(s) | En ejecución | 1 | 16.67% | 23/09/2026 21:00 | |

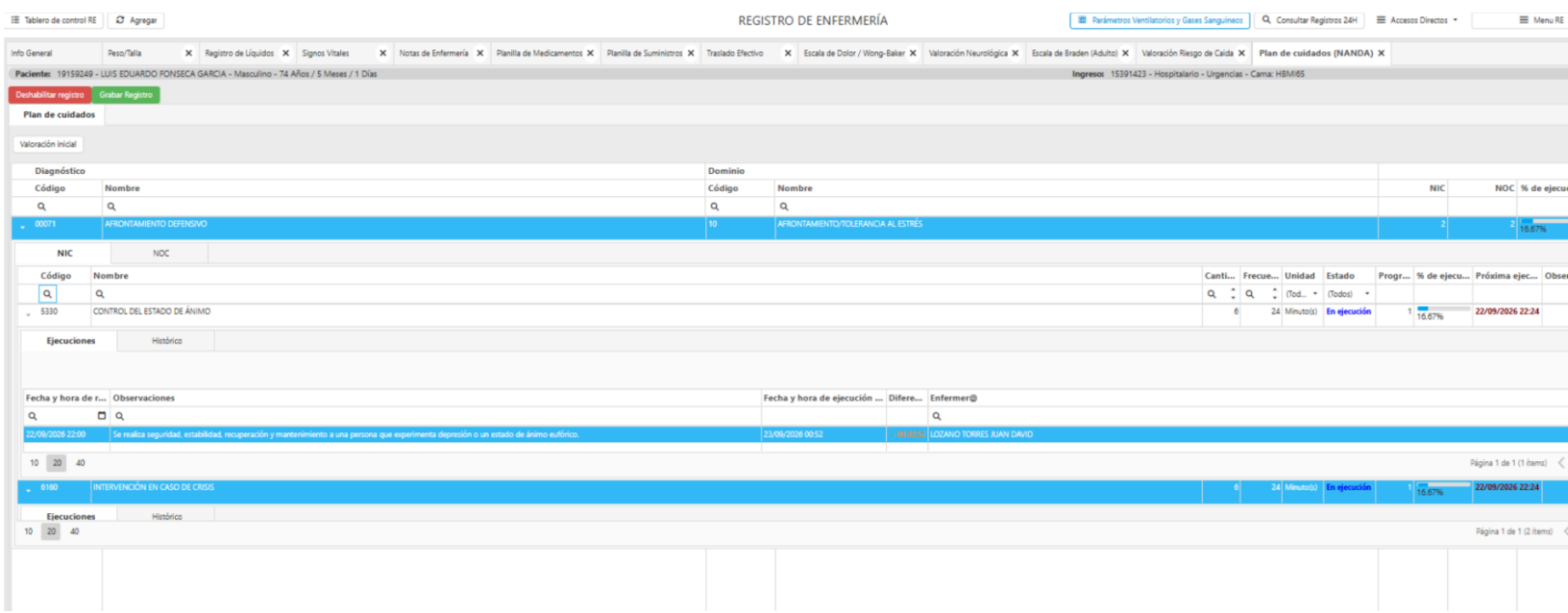
Ejecuciones | Histórico

10 | 20 | 40 — Página 1 de 3 (items)


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 Dolor / Wong-Baker
Escala de Braden (Adulto)
Valoración Riesgo de Caída
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 79364210 - JOSE GUILLERMO MUÑOZ CONTRERAS - Masculino - 64 Años / 0 Meses / 14 Días
Ingreso: 15472654 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI67
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecución
00201
RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ
04
ACTIVIDAD/REPOSO
2
2
16.67%
NIC
NOC
Código
Nombre
Canti...
Frecue...
Unidad
Estado
Progr...
% de ejecu...
Próxima ejec...
Observaci
2620
MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA
6
24
Hora(s)
En ejecución
1
16.67%
23/09/2026 21:00
Ejecuciones
Histórico
Fecha y hora de r...
Observaciones
Fecha y hora de ejecución ...
Difere...
Enfermer@
22/09/2026 21:00
Evaluar la función motora, sensitiva
24/09/2026 00:32
LOZANO TORRES JUAN DAVID
10
20
40
Página 1 de 1 (1 ítems)
4050
MANEJO DEL RIESGO CARDÍACO
6
24
Hora(s)
En ejecución
1
16.67%
23/09/2026 21:00
Ejecuciones
Histórico
10
20
40
Página 1 de 1 (2 ítems)


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
Escala de Braden (Adulto)
Valoración Riesgo de Caída
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 19466401 - RICARDO MARTINEZ QUINTERO - Masculino - 66 Años / 8 Meses / 11 Días
Ingreso: 15470893 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI66
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecución
00032
PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ
04
ACTIVIDAD/REPOSO
2
1
16.67%
NIC
NOC
Código
Nombre
Canti...
Frecue...
Unidad
Estado
Progr...
% de ejecu...
Próxima ejec...
Observacio
22/09/2026 21:00
Colocar al paciente en posición semi-Fowler o Fowler para facilitar la respiración.
24/09/2026 04:12
LOZANO TORRES JUAN DAVID
10
20
40
Página 1 de 1 (1 ítems)
3140
MANEJO DE LA VÍA AÉREA
6
24
Hora(s)
En ejecución
1
16.67%
23/09/2026 21:00
Ejecuciones
Histórico
Fecha y hora de r...
Observaciones
Fecha y hora de ejecución ...
Difere...
Enfermer@
22/09/2026 21:00
Enseñar técnicas de respiración y tos eficaz si procede.
24/09/2026 04:12
LOZANO TORRES JUAN DAVID
10
20
40
Página 1 de 1 (2 ítems)


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 Dolor / Wong-Baker
Escala de Braden (Adulto)
Valoración Riesgo de Caída
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 19466401 - RICARDO MARTINEZ QUINTERO - Masculino - 66 Años / 8 Meses / 11 Días
Ingreso: 15470893 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI66
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecución
00032
PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ
04
ACTIVIDAD/REPOSO
2
1
16.67%


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 Dolor / Wong-Baker
Valoración Neurológica
Escala de Braden (Adulto)
Valoración Riesgo de Caída
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 19159249 - LUIS EDUARDO PONSECA GARCIA - Masculino - 74 Años / 5 Meses / 1 Días
Ingreso: 15391423 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI65
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
00071
AFRONTAMIENTO DEFENSIVO
10
AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS
2
2
16.67%
NIC
NOC
Código
Nombre
Canti...
Frecue...
Unidad
Estado
Progr...
% de ejecu...
Próxima ejec...
5330
CONTROL DEL ESTADO DE ÁNIMO
6
24
Minuto(s)
En ejecución
1
16.67%
22/09/2026 22:24
Ejecuciones
Histórico
Fecha y hora de r...
Observaciones
Fecha y hora de ejecución ...
Difere...
Enfermer@
22/09/2026 22:00
Se realiza seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a una persona que experimenta depresión o un estado de ánimo eufórico.
23/09/2026 00:52
LOZANO TORRES JUAN DAVID
10
20
40
Página 1 de 1 (1 items)
6160
INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS
6
24
Minuto(s)
En ejecución
1
16.67%
22/09/2026 22:24
Ejecuciones
Histórico
10
20
40
Página 1 de 1 (2 items)

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 Dolor / Wong-Baker | Valoración Neurológica | Escala de Braden (Adulto) | Valoración Riesgo de Caída | **Plan de cuidados (NANDA)**

**Paciente:** 19159249 - LUIS EDUARDO FONSECA GARCIA - Masculino - 74 Años / 5 Meses / 1 Días — **Ingreso:** 15391423 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI65

Deshabilitar registro | Grabar Registro

**Plan de cuidados**

Valoración inicial

| Diagnóstico | | Dominio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código | Nombre | Código | Nombre | NIC | NOC | % de ejecu |
| 00071 | AFRONTAMIENTO DEFENSIVO | 10 | AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS | 2 | 2 | 16.67% |

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) | Valoración Riesgo de Caída | **Plan de cuidados (NANDA)**

**Paciente:** 14228539 - CARLOS ANTONIO MUNERA PINZON - Masculino - 69 Años / 2 Meses / 27 Días — **Ingreso:** 15353322 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI64

Deshabilitar registro | Grabar Registro

**Plan de cuidados**

Valoración inicial

| Diagnóstico | | Dominio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código | Nombre | Código | Nombre | NIC | NOC | % de ejecució |
| 00133 | DOLOR CRÓNICO | 12 | CONFORT | 1 | 1 | 100% |
| 00154 | VAGABUNDEO | 04 | ACTIVIDAD/REPOSO | 1 | 1 | 50% |
| 00303 | RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS | 11 | SEGURIDAD/PROTECCION | 2 | 2 | 16.67% |

NIC | NOC

| Código | Nombre | Canti... | Frecue... | Unidad | Estado | Progr... | % de ejecu... | Próxima ejec... | Observa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1665 | MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL | 6 | 24 | Minuto(s) | En ejecución | 1 | 16.67% | 22/09/2026 19:24 | |

Ejecuciones | Histórico

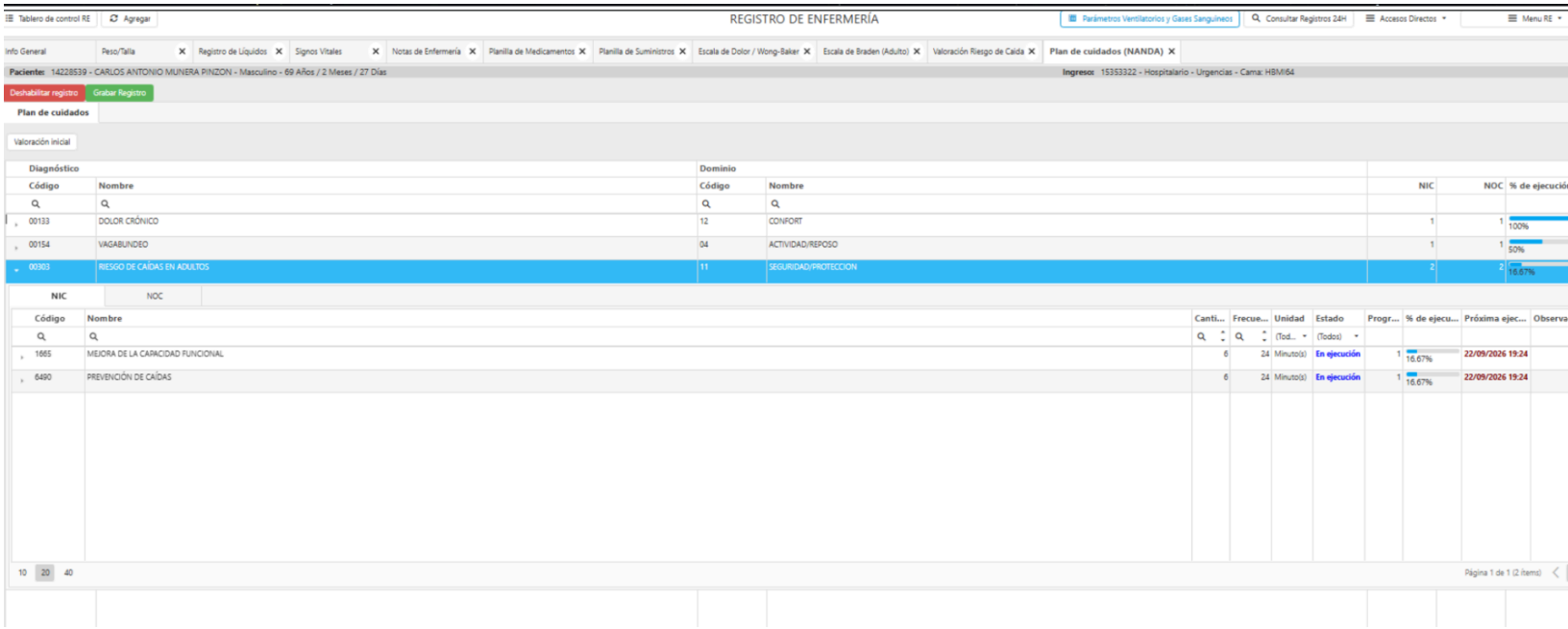
| Fecha y hora de r... | Observaciones | Fecha y hora de ejecución ... | Difere... | Enfermer@ |
|---|---|---|---|---|
| 22/09/2026 19:00 | Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria | 23/09/2026 00:24 | 00:00:24 | LOZANO TORRES JUAN DAVID |

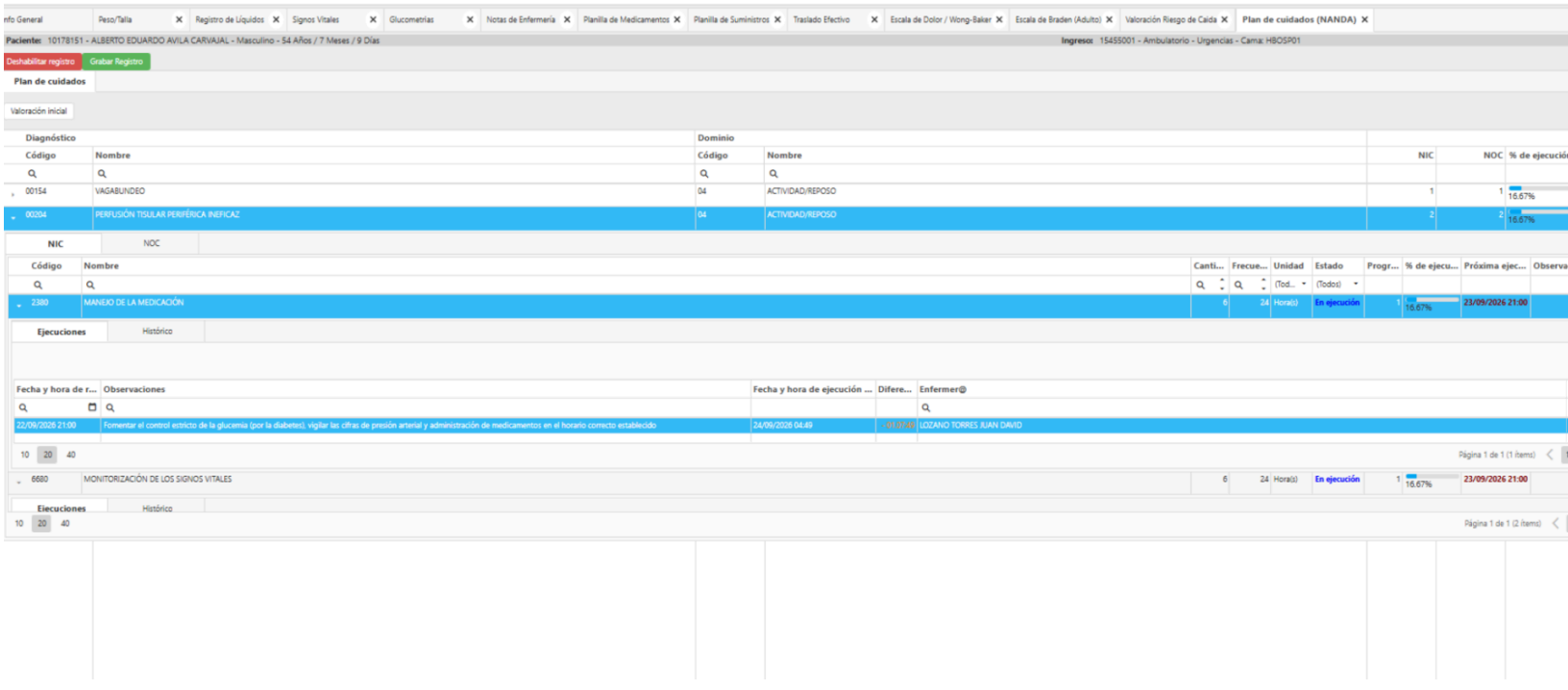
10 | 20 | 40 — Página 1 de 1 (1 items)

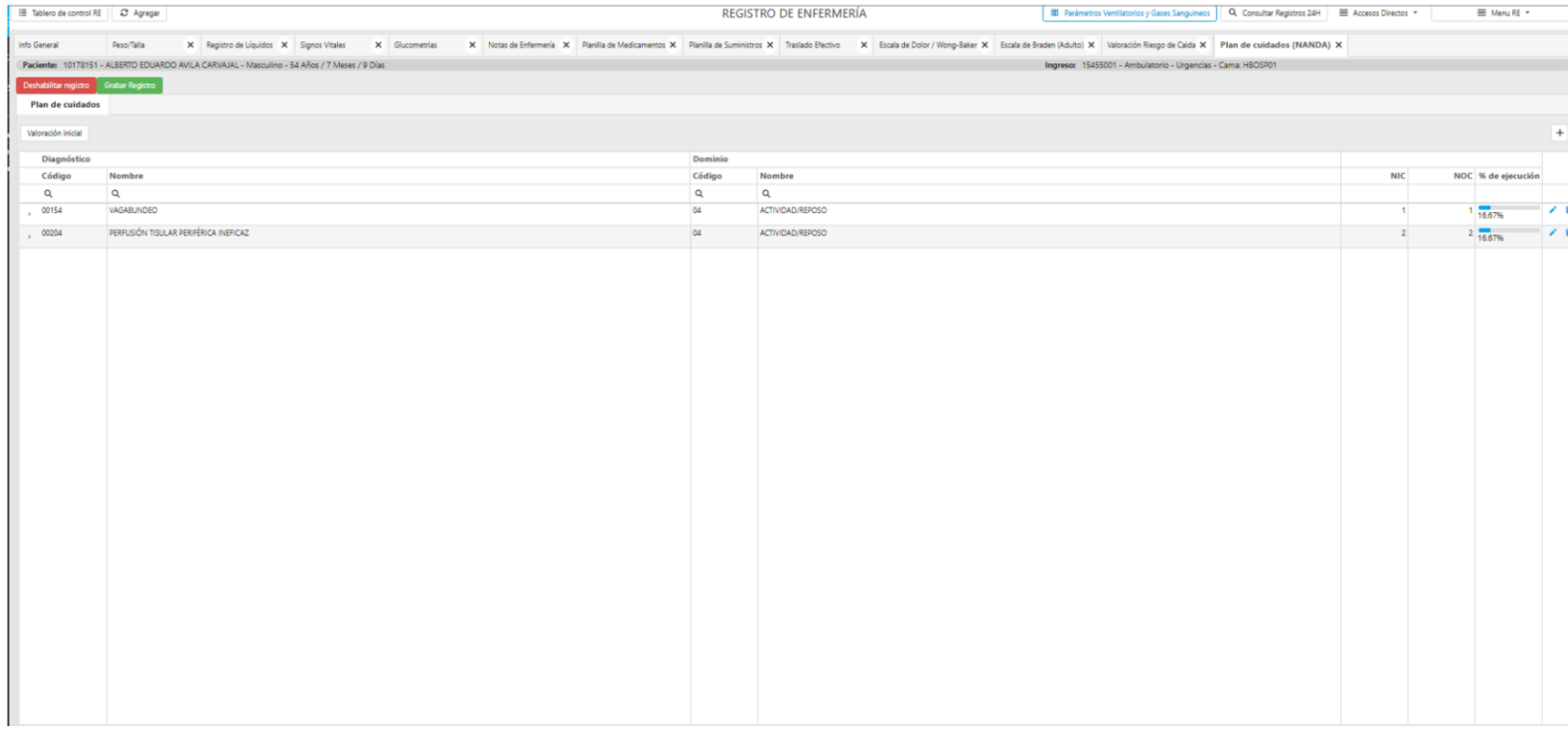
| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6490 | PREVENCIÓN DE CAÍDAS | 6 | 24 | Minuto(s) | En ejecución | 1 | 16.67% | 22/09/2026 19:24 | |

Ejecuciones | Histórico

10 | 20 | 40 — Página 1 de 1 (2 items)


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)
Valoración Riesgo de Caída
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 14228539 - CARLOS ANTONIO MUNERA PINZON - Masculino - 69 Años / 2 Meses / 27 Días
Ingreso: 15353322 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBMI64
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecució
00133
DOLOR CRÓNICO
12
CONFORT
1
1
100%
00154
VAGABUNDEO
04
ACTIVIDAD/REPOSO
1
1
50%
00303
RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS
11
SEGURIDAD/PROTECCION
2
2
16.67%
NIC
NOC
Código
Nombre
Canti...
Frecue...
Unidad
Estado
Progr...
% de ejecu...
Próxima ejec...
Observa
(Tod...
(Todos)
1665
MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL
6
24
Minuto(s)
En ejecución
1
16.67%
22/09/2026 19:24
6490
PREVENCIÓN DE CAÍDAS
6
24
Minuto(s)
En ejecución
1
16.67%
22/09/2026 19:24
10
20
40
Página 1 de 1 (2 ítems)


nfo General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Glucometrías
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Escala de Dolor / Wong-Baker
Escala de Braden (Adulto)
Valoración Riesgo de Caída
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 10178151 - ALBERTO EDUARDO AVILA CARVAJAL - Masculino - 54 Años / 7 Meses / 9 Días
Ingreso: 15455001 - Ambulatorio - Urgencias - Cama: HBOSP01
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecución
00154
VAGABUNDEO
04
ACTIVIDAD/REPOSO
1
1
16.67%
00204
PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
04
ACTIVIDAD/REPOSO
2
2
16.67%
NIC
NOC
Código
Nombre
Canti...
Frecue...
Unidad
Estado
Progr...
% de ejecu...
Próxima ejec...
Observa
2380
MANEJO DE LA MEDICACIÓN
6
24
Hora(s)
En ejecución
1
16.67%
23/09/2026 21:00
Ejecuciones
Histórico
Fecha y hora de r...
Observaciones
Fecha y hora de ejecución ...
Difere...
Enfermer@
22/09/2026 21:00
Fomentar el control estricto de la glucemia (por la diabetes), vigilar las cifras de presión arterial y administración de medicamentos en el horario correcto establecido
24/09/2026 04:49
LOZANO TORRES JUAN DAVID
10
20
40
Página 1 de 1 (1 ítems)
6680
MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES
6
24
Hora(s)
En ejecución
1
16.67%
23/09/2026 21:00
Ejecuciones
Histórico
10
20
40
Página 1 de 1 (2 ítems)


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
Glucometrías
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Traslado Efectivo
Escala de Dolor / Wong-Baker
Escala de Braden (Adulto)
Valoración Riesgo de Caída
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 10178151 - ALBERTO EDUARDO AVILA CARVAJAL - Masculino - 54 Años / 7 Meses / 9 Días
Ingreso: 15455001 - Ambulatorio - Urgencias - Cama: HBOSP01
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
Código
Nombre
NIC
NOC
% de ejecución
00154
VAGABUNDEO
04
ACTIVIDAD/REPOSO
1
1
16.67%
00204
PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
04
ACTIVIDAD/REPOSO
2
2
16.67%

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 | 1000350492 |
| NOMBRES | JUAN DAVID |
| APELLIDOS | LOZANO TORRES |
| 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 | NUEVA EPS S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/08/2008 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** | 09/28/2026 06:08:01 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

ADRES

**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 | 1000350492 | LOZANO | TORRES | JUAN | DAVID | 2024-11 | Nueva Eps | BENEFICIARIO |
| CC | 1000350492 | LOZANO | TORRES | JUAN | DAVID | 2026-07 | Nueva Eps | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Nueva Eps | 07/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 06/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 05/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 04/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| 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 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 11/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 10/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 09/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 08/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 07/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 06/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 05/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 04/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 03/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 02/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 01/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |

ADRES

**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 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 11/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 10/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 09/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 08/2023 | 30 | 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 |
| Nueva Eps | 03/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 02/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 01/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 12/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 11/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 10/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 09/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 08/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 07/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 06/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 05/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 04/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 03/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 02/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 01/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 12/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 11/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 10/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 09/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 08/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 07/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 06/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 05/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 04/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |

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

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Nueva Eps | 03/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 02/2021 | 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.

Medellín, 28 de septiembre 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 JUAN DAVID LOZANO TORRES identificado(a) con C1000350492 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:C10003504922627122287

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1000350492 | JUAN DAVID LOZANO TORRES | calle 60 B sur #79 B 55 Blo C20 Apa 201 | 3186802587 | juanda1111lt@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 95031767 | 22/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $543.600 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 219.400 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 200 | 0 | 219.600 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 280.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 300 | 0 | 281.100 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 42.800 | | | | 42.800 | 1 | 100 | 42.900 | | | 428 | 42.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 219.400 | 219.600 |
| Pensión | 1 | 280.800 | 281.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.800 | 42.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 543.000 | 543.600 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1000350492 | JUAN DAVID LOZANO TORRES | calle 60 B sur #79 B 55 Blo C20 Apa 201 | 3186802587 | juanda1111lt@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 95031767 | 22/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $543.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cot.tarde | Sust.pe | Extranje.e | Colom. en.Exter | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | COTIZACIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase d.n Fine pr. | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1000350492 | LOZANO TORRES JUAN DAVID | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.755.000 | 30 | 280.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.755.000 | 30 | 219.400 | 14-11 | 1.755.000 | 30 | 3 | 42.800 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información