Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Marta Cecilia Tenorio Begambre							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1007432140		
CORREO ELECTRONICO:	Martha.tenorio1993@gmail.com				CELULAR:	3785987		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37I06	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	542221270					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	848			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1981	FECHA	2026-09-23 15:18:09.000	NÚMERO DE CRP	35980	FECHA	2026-09-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-09-01		2026-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,489,400				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$27,383,400
VALOR EJECUTADO	$23,068,440
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,489,400
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,314,960
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	84%

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
9509930722	$995,760	$124,470	$159,322	3	$24,257	$308,048

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

carlos alberto corredor
1070020178
Supervisor

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

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

Copia certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería	Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente.	ENTREGA DE TURNO
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERAN
Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento	ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	CUANDO LO REQUIERAN
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SISTEMA DE INFORMACION
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	CUANDO LO REQUIERAN
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmenteC	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

Copia Controlada Subred Sur Occidente

carlos alberto corredor
1070020178
Supervisor

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

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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARTA CECILIA TENORIO BEGAMBRE

C.C. 1.007.432.140 DE BOGOTA

La suma de $2.489.400 **por** concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA MEDICINA INTERNA CUARTO PISO durante el periodo del **01** al 30 de SEPTIEMBRE 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 848-2026



MARTA CECILIA TENORIO BEGAMBRE
C.C. 1.007.432.140 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA
NUMERO 542221270

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

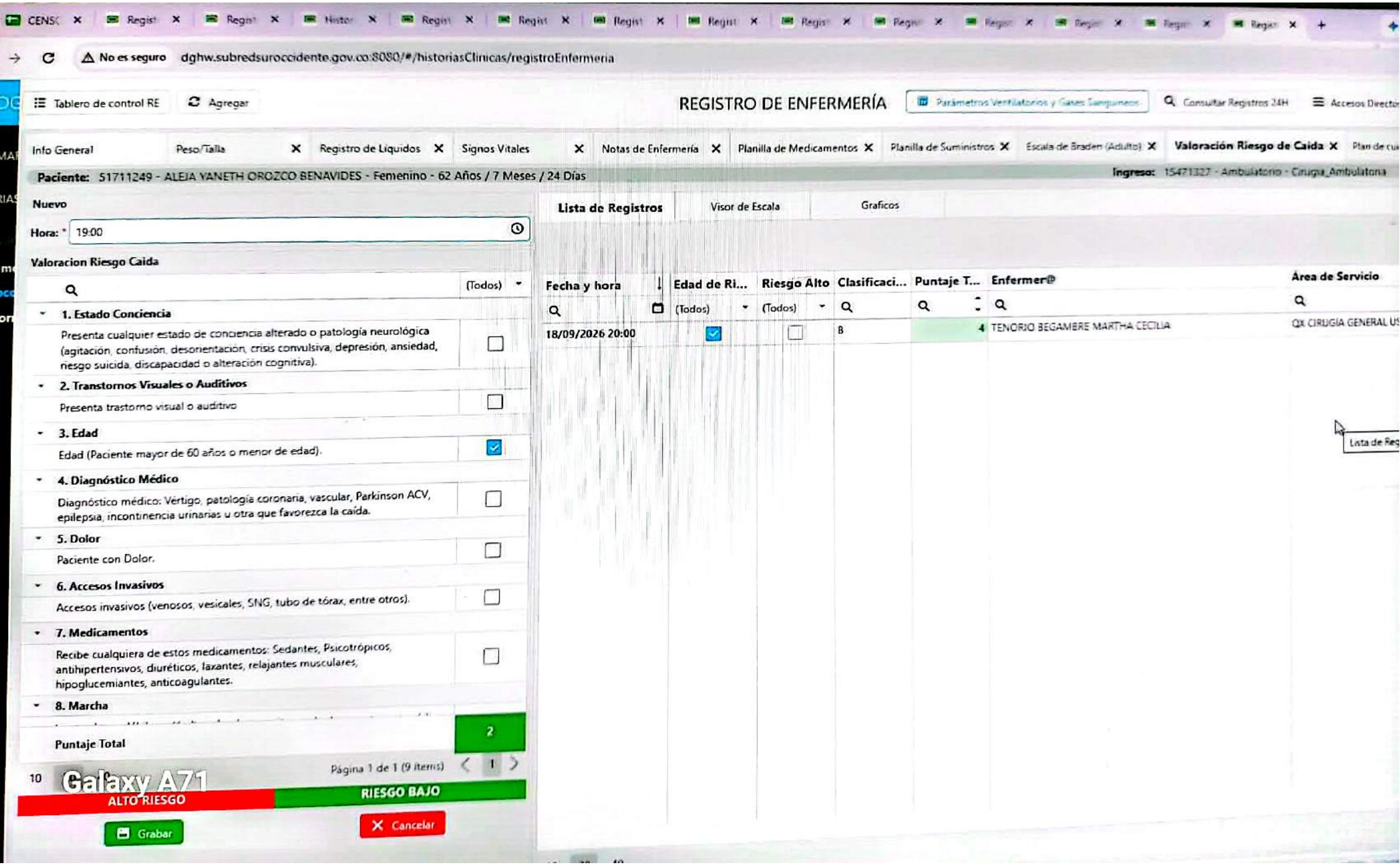
	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA FEBRERO 2026.pdf	CUENTA FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2026.pdf	CUENTA MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2026.pdf	CUENTA ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2026.pdf	CUENTA MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2026.pdf	CUENTA JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2026.pdf	CUENTA JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

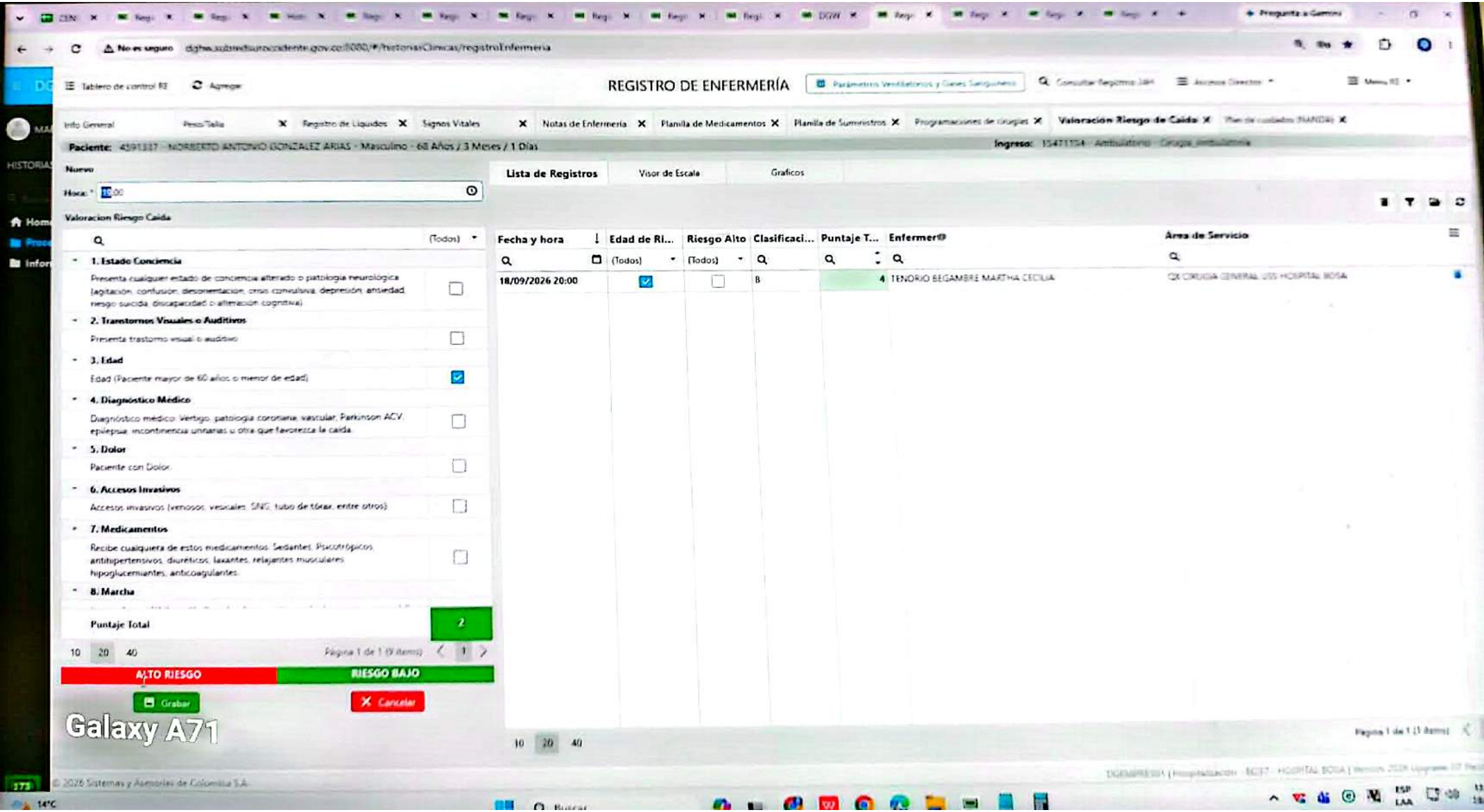
Datos guardados

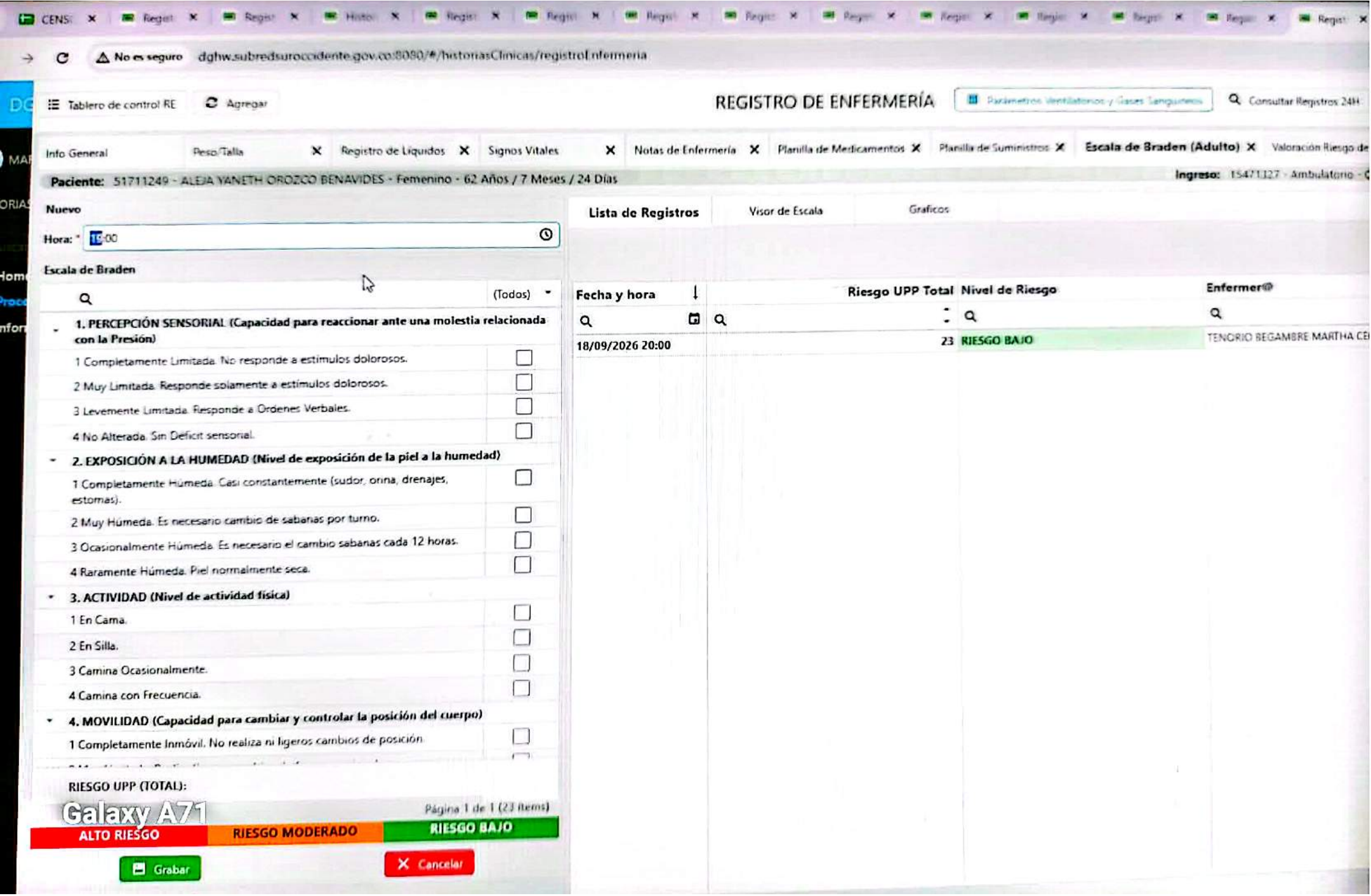
Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



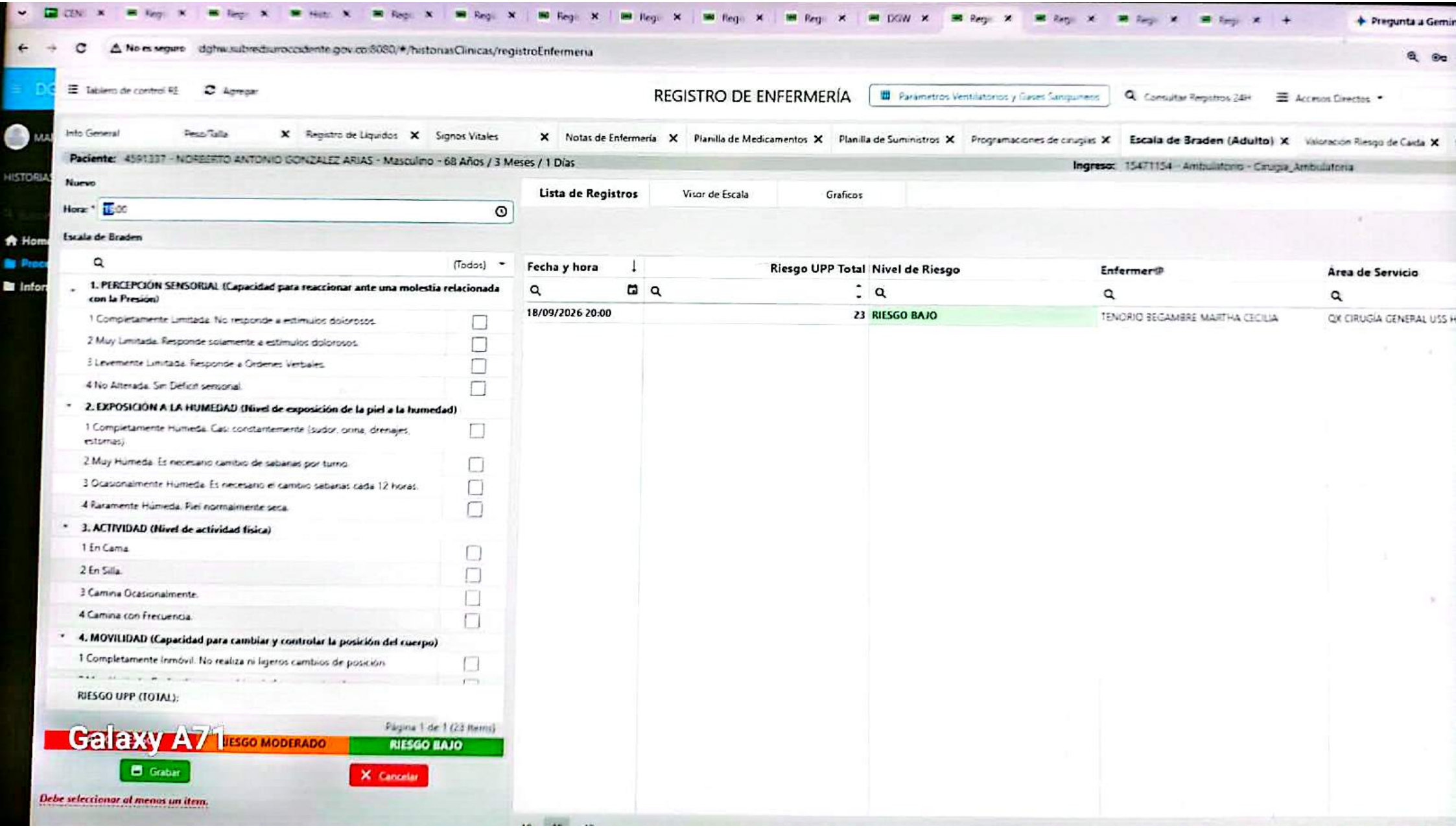
Powered by CamScanner


REGISTRO DE ENFERMERÍA
Paciente: 45911837 - NORBERTO ANTONIO GONZALEZ ARIAS - Masculino - 68 Años / 3 Meses / 1 Días
Nuevo
Hora: * 18:00
Valoracion Riesgo Caida
Lista de Registros
Visor de Escala
Graficos
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: Vertigo, patología coronaria, vascular, Parkinson ACV, epilepsia, incontinencias 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
Puntaje Total
2
ALTO RIESGO
RIESGO BAJO
Grabar
Cancelar
Fecha y hora
Edad de Ri...
Riesgo Alto
Clasificaci...
Puntaje T...
Enfermero
Area de Servicio
18/09/2026 20:00
4
TENORIO BEGAMBRE MARTHA CECILIA
Galaxy A71
Powered by CamScanner



Galaxy A71

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

10:11

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

ASEGÚRATE BUENAS PRÁCTICAS EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS AGOSTO 2026

FECHA

Pregunta requerida

RESULTADO: 100 CALIFICACION

Aceptar

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

UNIDAD

Pregunta requerida

SERVICIO

Powered by CamScanner

10:16

docs.google.com/forms/d/e/1F

20

ASEGURATE DE SEPTIEMBRE

Buenas
Practicas en la Utilización de Medicamentos

martha.tenorio1993@gmail.com
Cambiar de cuenta

No compartido

Borrador guardado

* Indica que la pregunta es obligatoria

NUMERO DE IDENTIFICACION *

1007432140

NOMBRES Y APELLIDOS *

Marta Cecilia Tenorio Begambre

DIRECCION A LA QUE PERTENECES *

- [ ] URGENCIAS

Powered by CamScanner

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

ASEGÚRATE BUENAS PRÁCTICAS EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS AGOSTO 2026

FECHA

RESULTADO: 100 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

UNIDAD

Powered by CamScanner

8:42

Pre y Pos test Septiembre 2026

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

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

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios



docs.google.com

Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA
TEST DE ALDRETE - FORMATO DE ENFERMERIA

DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica:	1032411412	**FECHA DE FOLIO:**	23/09/2026 3:13:51 a. m. **N° FOLIO:** 69
Nombre Paciente:	KATLHIN YISEL CHISCO CASALLAS	**Identificación:**	1032411412 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	31/mayo/2006 **Edad Actual:**	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	CALLE 55 # 104-49 SUR	**Teléfono:**	3115812499
Procedencia:	BOGOTA, D.C.	**Ocupación:**	OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	CAPITAL SALUD	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO No. CS-AS-001-2025	**Nivel - Estrato:**	SUBSIDIADO NIVEL 1

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO:	1540145	**FECHA DE INGRESO:**	22/09/2026 12:38:15 p. m.
FINALIDAD CONSULTA:	Atencion_del_parto_y_puerperio	**CAUSA EXTERNA:**	Enfermedad_general
RESPONSABLE:	KATLHIN CHISCO	**DIRECCION RESPONSABLE:**	CALLE 55 # 104-49 SUR **TELEFONO RESPONSABLE:** 3115812499
CENTRO DE ATENCION:	B037 - HOSPITAL BOSA	**ÁREA DE SERVICIO:**	B037C10 - CX GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA USS HOSPITAL BOSA

TEST DE ALDRETE

Cirujano	79663363 ROBLES CUBILLOS MARCO AURELIO	**Anestesiólogo**	79881007 BURGOS PINEDA JOHN EDWARD
Cirugia		**Tipo de Anestesia**	Regional

RECIEN NACIDO

Peso		**Talla**	

PRE - ANESTESIA				POST-ANESTESIA			
Tension Arterial	Frecuencia Cardiaca	Presión Arterial Media	Saturacion de Oxigeno	Tension Arterial	Frecuencia Cardiaca	Presión Arterial Media	Saturacion de Oxigeno
133/71	89	88	96	124/70	86	84	98

Liquidos Administrados	Liquidos Eliminados
1100	400

Criterios de Evaluacion	5 MINUTOS	15 MINUTOS	30 MINUTOS	60 MINUTOS	90 MINUTOS	EGRESO
ESTADO DE CONCIENCIA	2 - Completamente Despierto	2 - Completamente Despierto	2 - Completamente Despierto	2 - Completamente Despierto	2 - Completamente Despierto	2 - Completamente Despierto
RESPIRACIÓN	2 - Profunda	2 - Profunda	2 - Profunda	2 - Profunda	2 - Profunda	2 - Profunda
CIRCULACIÓN	2 - Más del 20% del Nivel Preanestésico	2 - Más del 20% del Nivel Preanestésico	2 - Más del 20% del Nivel Preanestésico	2 - Más del 20% del Nivel Preanestésico	2 - Más del 20% del Nivel Preanestésico	2 - Más del 20% del Nivel Preanestésico
ACTIVIDAD MUSCULAR	1 - Mueve sólo 2 Extremidades	1 - Mueve sólo 2 Extremidades	1 - Mueve sólo 2 Extremidades	1 - Mueve sólo 2 Extremidades	2 - Mueve las 4 Extremidades	2 - Mueve las 4 Extremidades
SATURACIÓN	2 - Saturación Mayor de 92	2 - Saturación Mayor de 92	2 - Saturación Mayor de 92	2 - Saturación Mayor de 92	2 - Saturación Mayor de 92	2 - Saturación Mayor de 92
TOTALES	9	9	9	9	10	10

CONTROL TRANSFUSIONAL

FECHA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION	PRODUCTO	UNIDAD	SELLO DE CALIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO	GRUPO SANGUINEO	ENFERMERA

26						DE RINGER				
23/09/2026	101/60	74	85	15	96	LCTATO DE RINGER				
23/09/2026	108/80	90	95	16	96	LCTATO DE RINGER				
23/09/2026	90/59	88	74	14	98	LCTATO DE RINGER				
23/09/2026	98/55	69	64	16	96	LCTATO DE RINGER				
23/09/2026	116/69	85	72	15	97	LCTATO DE RINGER				
23/09/2026	117/68	83	71	17	98	LCTATO DE RINGER				

SIGNOS VITALES

FECHA	Tension Arterial media	Tension Arterial	Frecuencia Respiratoria	Saturacion	Temperatura	Glasgow	Estado del paciente	Describa

NOTA DE ENFERMERIA

21:20 INGRESA PACIENTE A RECUPERACION DE CIRUGIA EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y IDENTIFICACION INSTAURADAS PACIENTE CONCIENTE ALERTA ORIENTADA AFEBRIL CON BUEN PATRON RESPIRATORIO BAJO EFECTOS RESIDUALES DE ANESTESIA REGIONAL ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PASANDO LACTATO DE RINGER UTERO TONICO INFRAUMBILICAL HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON APOSITO COMPRESIVO LIMPIO, SONDA VESICAL ACISTOFLO ORINA CLARA SANGRADO VAGINAL ESCASO SE PROCEDE A MONITORIZAR CON RECIEN NACIDO SEXO MASCULINO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO ALERTA ACTIVO ROSADO CON BUEN TONO MUÑON UMBILICAL PINZADO Y MANILLA DE IDENTIFICACION DILIGENCIADA SE INICIA LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA SE BRINDA EDUCACION A LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES Y LA IMPORTANCIA DE LA PRIMERA LECHE Y SUS BENEFICIOS. PREVIO LAVADO DE MANOS SE EXPLICA TECNICA, SE ENSEÑA LA IMPORTANCIA DE SACAR LOS GASES AL RECIEN NACIDO Y NO DEJARLO "BOCA ARRIBA" PARA EVITAR EL RIESGO DE BRONCOASPIRACION Y CUIDADOS DEL MUÑON UMBILICAL PACIENTE ATIENDE Y REFIERE ENTENDER SE FOMENTA LACTANCIA MATERNA, RECIEN NACIDO CON BUEN AGARRE DE PEZON, SENOS SECRETANTES, SE DAN RECOMENDACIONES PARA QUE INFORME CUANDO EL RECIEN NACIDO PRESENTE DIURESIS Y MECONIO 00:20 PACIENTE EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS CONCIENTE ALERTA ORIENTADA TERMINA PROCESO DE RECUPERACION DR ROBLES HOSPITALARIO DE TURNO REALIZA MASAJE UTERINO ENCONTRANDO UTERO TONICO INFRAUMBILICAL SANGRADO VAGINAL ESCASO DR ROBLES REALIZA NOTA DE RECUPARACION DE 2 HORAS Y DA ORDEN DE PASAR A PISO, SE RETIRA SONDA VESICAL ELIMINO 300 ORINA CLARA SE REALIZA BAÑO VAGINAL Y SE DEJA PAÑAL LIMPIO

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Cirugia

Detalle Indicación:

Marta Tenorio

Profesional: TENORIO BEGAMBRE MARTHA CECILIA
Cédula: 1007432140
Tipo Medico: Auxiliar_Enfermeria

Usuario: 1007432140
Nombre reporte: HCPhistoClase

Powered by CamScanner

9:52

La respuesta se ha enviado.

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

Enviar otra respuesta

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!



Comenzar ahora →

Microsoft 365

forms.cloud.microsoft

Powered by CamScanner

10:16

docs.google.com/forms/u/0/d

20

ASEGURATE DE SEPTIEMBRE

Se ha registrado tu respuesta.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Contactar con el propietario del formulario - Términos del Servicio - Política de Privacidad

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

Google Formularios

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.
SALAS DE CIRUGÍA Y SALAS DE PARTOS

UNIDAD (UMHES - CAPS - PAPS): Septiembre - 2026 SERVICIO: Recuperación NÚMERO DE SALA: Recuperación

FECHA	HORA	ÁREA	TURNO (DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD)	M: mañana T: tarde N1 y N2: nocte C: completo	ELEMENTOS: Equipos biomedicos																Accesorios										Aseo				Sala										NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD
					1. Rutinaria	2. Terminal	multiparámetro	2. Electrobisturí	3. Encubadora calor radiante	4. Máquina de anestesia	5. Bomba de infusión	6. Microscopio	7. Torres de laparoscopia	8. Artroscopio	9. Arco en C / Intensificador	10. Pesa beba	11. Hojas de laringo	12. Otro, ¿cual?	1. Mesa de tracción ortopedia	2. Lampara plafónica	3. Meriple, accesorios neurocirugia	4. Torniquete neumático	5. Dispensador de alcohol	6. Computadores	7. otro ¿cual?	1. Cambio de guardian	2. Canister máquina de anestesia	3. Cambio de cal sodada	4. Bandejas y riñoneras	1. Carro de medicamentos y accesorios	2. Mesa quirúrgica	3. Sistema de succión (vacuni)	4. Escalerilla	5. Eslantes	6. Mesa de mayo, mesa riñonera	7. Aire	8. otro ¿cual?	1. Limpieza y desinfección de protección visual (monogafas o careta)		
02.9.26	23:00	Recuperación	TN	X	X						X								X				X						X	X			X	X	X	X						Hoyla	Camila
04.9.26	07:00	Recuperación	TN	X	X						X								X				X						X	X			X	X	X	X						Hoyla	Camila
06.9.26	23:00	Recuperación	TN	X	X						X								X				X						X	X			X	X	X	X						Hoyla	Camila
08.9.26	23:00	Recuperación	TN	X	X						X								X				X						X	X			X	X	X	X						Hoyla	Camila
10.9.26	07:00	Recuperación	TN	X	X						X								X				X						X	X			X	X	X	X						Kevin	Camila
12.9.26	07:30	Recuperación	TN	X	X						X								X				X						X	X			X	X	X	X						Kevin	Camila
14.9.26	07:00	Recuperación	TN	X	X						X								X				X						X	X			X	X	X	X						Kevin	Camila
16.9.26	23:00	Recuperación	TN	X	X						X								X				X						X	X			X	X	X	X						Hoyla	Camila
18.9.26	23:00	Recuperación	TN	X	X						X								X				X						X	X			X	X	X	X						Hoyla	Camila
20.9.26	23:00	Recuperación	TN	X	X						X								X				X						X	X			X	X	X	X						Hoyla	Camila
22.9.26	07:00	Recuperación	TN	X	X						X								X				X						X	X			X	X	X	X						Kevin	Camila
24.9.26																																											

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007432140		TENORIO BEGAMBRE MARTA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 80 I 71 C 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7184420	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	1000000226	9509930722	I	2026/09/09	2026/09/14	BANCO DE BOGOTA	5	$544,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1007432140 TENORIO MARTA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	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

2026/09/14 11:16 AM

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007432140		TENORIO BEGAMBRE MARTA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 80 I 71 C 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7184420	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	1000000226	9509930722	I	2026/09/09	2026/09/14	BANCO DE BOGOTA	5	$544,000

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	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,100					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$1,100	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$900					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$900	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$2,200	$0	$0	$0	$0	$0	

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$281,300
$281,300
$42,900
$42,900
$219,800
$219,800
$544,000

Powered by CamScanner

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1007432140	TENORIO	BEGAMBRE	MARTA	CECILIA	2018-03	Emdisalud	COTIZANTE
CC	1007432140	TENORIO	BEGAMBRE	MARTA	CECILIA	2026-07	Salud Total	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Salud Total	07/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	06/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

95 Registros en 10 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

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 MARTA CECILIA TENORIO BEGAMBRE identificado(a) con C1007432140 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:C10074321402627168361

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13