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:	JERALDINE BELTRAN MALDONADO							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1033795247		
CORREO ELECTRONICO:	Jeral8254@gmail.com				CELULAR:	3057055267		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37B01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	84760507830					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3714			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	710	FECHA	2025-03-18 10:45:53.000	NÚMERO DE CRP	18319	FECHA	2025-03-21 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-03-21		2025-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,413,920				
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:	$17,621,616
VALOR EJECUTADO	$2,413,920
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,413,920
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$15,207,696
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	14%

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
PRIMER PAGO	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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
1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnostico y terapeutica de acuerdo con cada paciente registrandose en la historia clinica del aplicativo institucional.	Se alimenta la informacion en la historia clinica
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	lista de asistencia en el caso de que se genere
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	Estudios estadisticos y consolidado de informacion para optimizar el recurso de la institucióndad
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	no aplica	no aplica
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos eticos, morales, juridicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cavalidad la mision institucional	no aplica
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Cuidé el recurso suministrado por la institución para realizar mis actividades diarias.	no aplica

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
Supervisor

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

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

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

DEBE A:

JERALDINE BELTRAN MALDONADO
C.C. 1033795247 DE BOGOTÁ D.C.

La suma de: ($2.413.920) Dos millones cuatrocientos trece mil novecientos veinte pesos m/cte.

Por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, en Urgencias de la USS Bosa, durante el periodo de 21 al 31 de marzo de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3714-2025.



JERALDINE BELTRAN MALDONADO
C.C. 1033795247 DE BOGOTÁ D.C.
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 84760507830

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS EN PUESTO DE TRABAJO - DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	Versión:	4	
		Fecha de aprobación:	4/06/2024	
		Código:	84-81-FO-0031	

1. Colaborador	Nuevo	X	Reubicado		Cambio de perfil		
2. Nombres y apellidos del colaborador	Geraldine Bethsar Maldonado						
3. Documento	Tipo de Documento C.C X C.E __ Pasaporte __ Visa __ Número 1033745247						
4. Perfil	Medico general urgencias						
5. Proceso - Área							
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS X PLANTA __ TERCEROS __ OTROS __ CUAL _____						
7. Fecha de ingreso/ reubicación a la Subred	DIA 22 MES 03 AÑO 25						

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	REALIZACIÓN ACTIVIDAD			
			SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Entrega de Clave Aula Virtual				
		Se realizo Afiliación a la ARL	X			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	X			
		Entrega de Carnet Institucional	X			
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)				
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Entrega de usuario y contraseña	X			
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes				
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad				
		Firma digital				
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que envía invitación para el encuentro virtual)	10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Fecha Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual):				
		Seguridad y Salud en el Trabajo				
		Seguridad del Paciente / Prevencion de las Infecciones				
		Plan de Emergencias Subred Sur Occidente				
		Gestión de la Tecnología				
		Eventos de Notificación Obligatoria				
		Humanización				
		Participación y Atención al Usuario				

11. DIRECCIONES / OFICINAS

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)

Lugar de Ubicación Colaborador	Bosa
Servicio donde va a desarrollar actividades	Urgencias
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	
Fecha de Finalización (D/M/A)	

12. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LIDER SEDE

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano	X			
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal	X			
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios	X			
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades	X			
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y /o funciones y asuntos personales	X			
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece	X			
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)	X			
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)	X			
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/)	X			
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-CO-0006)	X			
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)	X			
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)	X			
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica	X			
		Ruta de acceso a la intranet Almera para verificación de documentos guías Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio	X			
		Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)	X			
		Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales)	X			
		Procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso	X			
		Información sobre programas de P y D	X			
		Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)	X			
		Eventos de interés en salud pública: qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	X			
		Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003	X			
		RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022	X			

Scanned with CamScanner

13. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LIDER SERVICIO	
SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LIDER (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	
PERFIL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LIDER (Describir el perfil del padrino asignado para realizar el entrenamiento)	

FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	URGENCIAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
	URGENCIAS	Médico Profesional en Enfermería Auxiliar de enfermería	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención	X			
			Guías de practica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias	X			
			Procedimiento de atención en urgencias	X			
			Manual del Triage	X			
			Procedimiento de Central de referencia y atención en traslados	X			
			Buenas practicas en seguridad del paciente	X			
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
	TRANSPORTE MEDICALIZADO	Médico Auxiliar de enfermería	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención				
			procedimiento de atención en urgencias / CICLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS				
			Guías de practica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias				
			Procedimiento de traslados internos referencia y contrarreferencia				
			Buenas practicas en seguridad del paciente priorizadas para servicios de urgencias				
		Conductor de Ambulancia	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Procedimiento para revisión del vehiculo para garantizar la operación diaria del mismo				
			Actividades de apoyo a la auxiliar de enfermería para traslados				
			Diligenciamiento de formatos de control				
			Programación para asistencia a capacitación en seguridad del paciente				
			Procedimiento para el mantenimiento de las móviles				
		Radioperador Auxiliar y bachiller	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Conocer el procedimiento de referencia y contrareferencia				
			Procedimiento de traslados internos				
			Manejo de base der datos sirc				
			Manejo de bases de datos de traslados internos				
			Establecer criterios de remisión				
			Entrenamiento en seguridad del paciente				
	Mencionar el Servicio	Otros perfiles (describir el perfil)	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES

14. VALORACIÓN DEL COLABORADOR		15. VALORACIÓN DEL SUPERVISOR O PAR ASIGNADO QUE REALIZO EL ENTRENAMIENTO
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades fue clara 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 X 5 ___	Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos SI X NO ___	Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 X	Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades SI X NO ___	

16.CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración	Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Jeraldine Beltran Maldonado, identificado(a) con CC número 1033795247, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1033795247
NOMBRES Y APELLIDOS	Jeraldine Beltran Maldonado
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	30/01/1997
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	28 - Subsidiado
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	31/07/2021
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	107 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Subsidiado
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	19/04/2022
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces 14/03/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JERALDINE BELTRAN MALDONADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.795.247**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

ARL

Medellin, 25 de marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **JERALDINE BELTRAN MALDONADO** con documento de identidad **C1033795247**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-03-22	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificación Bancaria

Sábado, 15 de marzo de 2025

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENT

Bancolombia S.A. se permite informar que JERALDINE BELTRAN MALDONADO identificado(a) con CC 1033795247, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	84760507830	2023-11-29	ACTIVO	

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co