Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO - PERSONAL DE PLANTA

CÓDIGO: AP-TH-FT-094
VERSIÓN: 02
FECHA: 2023-07-15

Dándole la bienvenida al nuevo funcionario que estará bajo su liderazgo y con el fin de que reciba las herramientas necesarias para dar inicio a sus funciones, es importante realizar el diligenciamiento de la siguiente lista de chequeo.

Fecha de diligenciamiento	**31 DE MARZO DE 2025**		
Nombre del funcionario	**GLADYS ESTHER MEZA RODRIGUEZ**	**No. de Identificación**	**36547659**
Denominación del empleo	**SECREATARIA**	**Fecha de ingreso**	**25 DE MARZO 2025**
Proceso	**GESTION DE URGENCIAS**	**Subproceso o Servicio**	**DIRECCION DE URGENCIAS**

Nombre del jefe inmediato	**ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO**
Nombre responsable de realizar el acompañamiento	**LIGIA IBAÑEZ SUAREZ**

AMBIENTACIÓN EN EL SITIO DE TRABAJO Y ASPECTOS LOGÍSTICOS

N	ACTIVIDAD	APLICA SI	APLICA NO	OBSERVACIONES
1	Realizar o designar a un integrante del proceso o dependencia para llevar a cabo el acompañamiento y seguimiento del nuevo funcionario durante el periodo de entrenamiento.	X		
2	Presentar el nuevo integrante al personal tanto de la dependencia, como el de otras áreas con las que debe interactuar para el desarrollo de sus funciones.	X		
3	Hacer entrega de elementos de trabajo necesarios para desempeñar la labor.	X		
4	Solicitar la asignación de una cuenta de correo electrónico si lo requiere.	X		
5	Informar el horario de trabajo, sistemas de turnos, rotaciones, permisos, situaciones administrativas o novedades de personal.	X		
6	Indicar el uso adecuado de elementos de protección personal.			
7	Realizar recorrido de las instalaciones, como: áreas de seguridad, ruta de evacuación, baños, elevadores, etc.	X		
8	Comunicar el procedimiento básico a seguir en caso de accidente de trabajo.			
9	Indicar el procedimiento para solicitar los elementos de oficina y/o insumos cuando lo requiera.	X		
10	Informar el procedimiento que se debe realizar en caso de un daño o mal funcionamiento de los equipos bajo su responsabilidad.	X		
11	Indicar la ubicación de la dependencia dentro del Mapa de Procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y específicamente la ubicación de la dependencia a la que pertenece su proceso de trabajo.	X		

ASPECTOS FUNCIONALES

N	ACTIVIDAD	APLICA SI	APLICA NO	OBSERVACIONES
1	Ampliar la información sobre el propósito principal del empleo.	x		
2	Explicar las funciones que le competen, roles, responsabilidades y aporte a otros procesos.	x		
3	Indicar el funcionamiento interno de la dependencia, procedimientos específicos y guías de práctica clínica cuando lo requiera.	x		
4	Explicar cual es el manejo adecuado del lugar de trabajo, equipos (cómputo, biomédicos), material, documentos y archivos.	x		
5	Dar a conocer los conceptos básicos del programa de seguridad del paciente.			
6	Indicar la información básica de manejo de herramientas ofimáticas tales como Historia Clínica, Dinámica, Sistema de Gestión de Información, Sistema de Gestión Documental y cualquier otro sistema de información que se requiera.	x		
7	Indicar el estado actual de las funciones asignadas.	x		
8	Otras actividades relevantes consideradas por el jefe inmediato o par asignado (enunciar las actividades). 1. 2. 3.		X	

OBSERVACIONES GENERALES

Una vez finalice el diligenciamiento del presente formato, enviarlo en físico a la Dirección de Talento Humano o al correo capacitacion@subredcentrooriente.gov.co, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de ingreso del funcionario.

Firma del Jefe Inmediato	**Firma del responsable del acompañamiento**
Firma del funcionario(a) que recibe el entrenamiento	DD de mes del AAAA 31. 03. 2025 **Fecha de recepción en Formación y Capacitación**

PS 8229 2025

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO ENTRENAMIENTO INICIAL DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-067
VERSIÓN: 01
FECHA: 2023-08-14

Dándole la bienvenida al nuevo contratista que estará bajo su supervisión y con el fin de que reciba las herramientas necesarias para dar inicio a sus actividades contractuales, es importante realizar el diligenciamiento de la siguiente lista de chequeo.

Fecha de diligenciamiento	19/05/2025		
Nombre del contratista	**DANIELA TRIANA WILCHES**	**No. de Identificación**	**1073516397**
Perfil	**MEDICO ESPECIALISTA DE URGENCIAS**	**Fecha de ingreso**	**14/04/2025**
Proceso	**GESTION DE URGENCIAS**	**Subproceso o Servicio**	**DIRECCIÓN DE URGENCIAS**

Nombre del Supervisor	**CARLOS ALBERTO MARIN**
Nombre responsable de realizar el acompañamiento	**CARLOS ALBERTO MARIN**

AMBIENTACIÓN EN EL LUGAR QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES Y ASPECTOS LOGÍSTICOS

N	ACTIVIDAD	APLICA SI	APLICA NO	OBSERVACIONES
1	Realizar o designar a un integrante del proceso o dependencia para llevar a cabo el acompañamiento y seguimiento del nuevo contratista durante el período de introducción al subproceso o servicio.	X		
2	Presentar el nuevo integrante al personal tanto de la dependencia como el de otras áreas con las que debe interactuar para el desarrollo de sus actividades contractuales.	X		
3	Indicar los elementos de trabajo necesarios para el desarrollo de las actividades contractuales.	X		
4	Solicitar la asignación de una cuenta de correo electrónico o internet si lo requiere.	X		
5	Indicar el uso adecuado de elementos de protección personal.	X		
6	Realizar recorrido de las instalaciones, como: áreas de seguridad, ruta de evacuación, baños, elevadores, etc.	X		
7	Comunicar el procedimiento básico a seguir en caso de accidente de trabajo.	X		
8	Indicar el procedimiento para solicitar los elementos de oficina y/o insumos cuando lo requiera.	X		
9	Informar el procedimiento que se debe realizar en caso de un daño o mal funcionamiento de los equipos bajo su responsabilidad.	X		
10	Comunicar el procedimiento a seguir para tratar asuntos contractuales y/o personales.	X		
11	Indicar la ubicación de la dependencia dentro del Mapa de Procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y específicamente la ubicación de la dependencia a la que pertenece su proceso de trabajo.	X		

ASPECTOS PARTICULARES

N	ACTIVIDAD	APLICA SI	APLICA NO	OBSERVACIONES
1	Ampliar la información principal del objeto del contrato.	x		
2	Explicar las actividades contractuales y aporte a otros procesos.	x		
3	Indicar el funcionamiento interno de la dependencia y sus procedimientos específicos.	x		
4	Explicar cuál es el manejo adecuado del lugar donde desempeñará sus actividades contractuales, equipos (cómputo, biomédicos), material, documentos y archivos.	x		
5	Dar a conocer los conceptos básicos del programa de seguridad del paciente.	x		
6	Indicar la información básica de manejo de herramientas ofimáticas tales como Historia Clínica, Dinámica, Sistema de Gestión de Información, Sistema de Gestión Documental y/o cualquier otro sistema de información que se requiera.	x		
7	Indicar el estado actual de las actividades asignadas.	x		
8	Otras actividades relevantes consideradas por el Supervisor y/o par asignado (enunciar las actividades).			
	1.		x	
	2.			
	3.			

OBSERVACIONES GENERALES

Una vez finalice el diligenciamiento del presente formato, enviarlo en físico a la Dirección de Talento Humano o al correo **capacitacion@subredcentrooriente.gov.co**, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de ingreso del contratista.

Firma del Supervisor	**Firma del responsable del acompañamiento**
Daniela Triana W.	19/05/2025
Firma del contratista que recibe el entrenamiento	**Fecha de recepción en Formación y Capacitación**

PS5250

Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO ENTRENAMIENTO INICIAL DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-067 VERSION: 01 FECHA: 2023-08-14

Dándole la bienvenida al nuevo contratista que estará bajo su supervisión y con el fin de que reciba las herramientas necesarias para dar inicio a sus actividades contractuales, es importante realizar el diligenciamiento de la siguiente lista de chequeo.

Fecha de diligenciamiento	5/17/2025		
Nombre del contratista	DAVID SANTIAGO SAMCHEZ RAMIREZ	**No. de Identificación**	1000047373
Perfil	MEDICO GENERAL	**Fecha de ingreso**	5/2/2025
Proceso	GESTION DE URGENCIAS	**Subproceso o Servicio**	DIRECCION DE URGENCIAS

Nombre del Supervisor	CARLOS ALBERTO MARIN
Nombre responsable de realizar el acompañamiento	CARLOS ALBERTO MARIN

AMBIENTACIÓN EN EL LUGAR QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES Y ASPECTOS LOGÍSTICOS

N	ACTIVIDAD	APLICA SI	APLICA NO	OBSERVACIONES
1	Realizar o designar a un integrante del proceso o dependencia para llevar a cabo el acompañamiento y seguimiento del nuevo contratista durante el periodo de introducción al subproceso o servicio.	X		
2	Presentar el nuevo integrante al personal tanto de la dependencia como el de otras áreas con las que debe interactuar para el desarrollo de sus actividades contractuales.	X		
3	Indicar los elementos de trabajo necesarios para el desarrollo de las actividades contractuales.	X		
4	Solicitar la asignación de una cuenta de correo electrónico o internet si lo requiere.	X		
5	Indicar el uso adecuado de elementos de protección personal.	X		
6	Realizar recorrido de las instalaciones, como: áreas de seguridad, ruta de evacuación, baños, elevadores, etc.	X		
7	Comunicar el procedimiento básico a seguir en caso de accidente de trabajo	X		
8	Indicar el procedimiento para solicitar los elementos de oficina y/o insumos cuando lo requiera.	X		
9	Informar el procedimiento que se debe realizar en caso de un daño o mal funcionamiento de los equipos bajo su responsabilidad.	X		
10	Comunicar el procedimiento a seguir para tratar asuntos contractuales y/o personales	X		
11	Indicar la ubicación de la dependencia dentro del Mapa de Procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y específicamente la ubicación de la dependencia a la que pertenece su proceso de trabajo.	X		

ASPECTOS PARTICULARES

N	ACTIVIDAD	APLICA SI	APLICA NO	OBSERVACIONES
1	Ampliar la información principal del objeto del contrato.	X		
2	Explicar las actividades contractuales y aporte a otros procesos.	X		
3	Indicar el funcionamiento interno de la dependencia y sus procedimientos específicos.	X		
4	Explicar cuál es el manejo adecuado del lugar donde desempeñara sus actividades contractuales, equipos (computo, biomédicos), material, documentos y archivos.	X		
5	Dar a conocer los conceptos básicos del programa de seguridad del paciente.	X		
6	Indicar la información básica de manejo de herramientas ofimáticas tales como Historia Clínica, Dinamica, Sistema de Gestión de Información, Sistema de Gestión Documental y/o cualquier otro sistema de información que se requiera.	X		
7	Indicar el estado actual de las actividades asignadas	X		
8	Otras actividades relevantes consideradas por el Supervisor y/o par asignado (enunciar las actividades).			
	1			
	2			
	3.			

OBSERVACIONES GENERALES

Una vez finalice el diligenciamiento del presente formato, enviarlo en físico a la Dirección de Talento Humano o al correo **capacitacion@subredcentrooriente.gov.co**, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de ingreso del contratista.

Firma del Supervisor	**Firma del responsable del acompañamiento**
David Santiago Sanchez **Firma del contratista que recibe el entrenamiento**	**Fecha de recepción en Formación y Capacitación**

PS 2069 '25

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO ENTRENAMIENTO INICIAL DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-067
VERSIÓN: 01
FECHA: 2023-08-14

Dándole la bienvenida al nuevo contratista que estará bajo su supervisión y con el fin de que reciba las herramientas necesarias para dar inicio a sus actividades contractuales, es importante realizar el diligenciamiento de la siguiente lista de chequeo.

Fecha de diligenciamiento	19/05/2025		
Nombre del contratista	LEIDY VIVIANA VALERO CORTES	**No. de Identificación**	1018442239
Perfil	MEDICO	**Fecha de ingreso**	3/03/2025
Proceso	GESTION DE URGENCIAS	**Subproceso o Servicio**	DIRECCIÓN DE URGENCIAS

Nombre del Supervisor	CARLOS ALBERTO MARIN
Nombre responsable de realizar el acompañamiento	CARLOS ALBERTO MARIN

AMBIENTACIÓN EN EL LUGAR QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES Y ASPECTOS LOGÍSTICOS

N	ACTIVIDAD	APLICA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	Realizar o designar a un integrante del proceso o dependencia para llevar a cabo el acompañamiento y seguimiento del nuevo contratista durante el periodo de introducción al subproceso o servicio.	X		
2	Presentar el nuevo integrante al personal tanto de la dependencia como el de otras áreas con las que debe interactuar para el desarrollo de sus actividades contractuales.	X		
3	Indicar los elementos de trabajo necesarios para el desarrollo de las actividades contractuales.	X		
4	Solicitar la asignación de una cuenta de correo electrónico o internet si lo requiere.	X		
5	Indicar el uso adecuado de elementos de protección personal.	X		
6	Realizar recorrido de las instalaciones, como: áreas de seguridad, ruta de evacuación, baños, elevadores, etc.	X		
7	Comunicar el procedimiento básico a seguir en caso de accidente de trabajo.	X		
8	Indicar el procedimiento para solicitar los elementos de oficina y/o insumos cuando lo requiera.	X		
9	Informar el procedimiento que se debe realizar en caso de un daño o mal funcionamiento de los equipos bajo su responsabilidad.	X		
10	Comunicar el procedimiento a seguir para tratar asuntos contractuales y/o personales.	X		
11	Indicar la ubicación de la dependencia dentro del Mapa de Procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y específicamente la ubicación de la dependencia a la que pertenece su proceso de trabajo.	X		

ASPECTOS PARTICULARES

N	ACTIVIDAD	APLICA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	Ampliar la información principal del objeto del contrato.	x		
2	Explicar las actividades contractuales y aporte a otros procesos.	x		
3	Indicar el funcionamiento interno de la dependencia y sus procedimientos específicos.	x		
4	Explicar cuál es el manejo adecuado del lugar donde desempeñará sus actividades contractuales, equipos (cómputo, biomédicos), material, documentos y archivos.	x		
5	Dar a conocer los conceptos básicos del programa de seguridad del paciente.	x		
6	Indicar la información básica de manejo de herramientas ofimáticas tales como Historia Clínica, Dinámica, Sistema de Gestión de Información, Sistema de Gestión Documental y/o cualquier otro sistema de información que se requiera.	x		
7	Indicar el estado actual de las actividades asignadas.	x		
8	Otras actividades relevantes consideradas por el Supervisor y/o par asignado (enunciar las actividades).			
	1.		x	
	2.			
	3.			

OBSERVACIONES GENERALES

Una vez finalice el diligenciamiento del presente formato, enviarlo en físico a la Dirección de Talento Humano o al correo **capacitacion@subredcentrooriente.gov.co**, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de ingreso del contratista.

Firma del Supervisor	**Firma del responsable del acompañamiento**
Leidy Valero.	19/05/2025.
Firma del contratista que recibe el entrenamiento	**Fecha de recepción en Formación y Capacitación**

PS 5191 2025

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO ENTRENAMIENTO INICIAL DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-067 VERSIÓN: 01 FECHA: 2023-08-14

Dándole la bienvenida al nuevo contratista que estará bajo su supervisión y con el fin de que reciba las herramientas necesarias para dar inicio a sus actividades contractuales, es importante realizar el diligenciamiento de la siguiente lista de chequeo.

Fecha de diligenciamiento	5/04/2025		
Nombre del contratista	**JENYLORENA TORRES MEJIA**	**No. de Identificación**	**1.031.124.087**
Perfil	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**Fecha de ingreso**	**8/04/2025**
Proceso	**Referencia y contrareferencia**	**Subproceso o Servicio**	**Direccion de Urgencias**

Nombre del Supervisor	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**
Nombre responsable de realizar el acompañamiento	**JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE**

AMBIENTACIÓN EN EL LUGAR QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES Y ASPECTOS LOGÍSTICOS

N	ACTIVIDAD	APLICA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	Realizar o designar a un integrante del proceso o dependencia para llevar a cabo el acompañamiento y seguimiento del nuevo contratista durante el periodo de introducción al subproceso o servicio.	X		
2	Presentar el nuevo integrante al personal tanto de la dependencia como el de otras áreas con las que debe interactuar para el desarrollo de sus actividades contractuales.	X		
3	Indicar los elementos de trabajo necesarios para el desarrollo de las actividades contractuales.	X		
4	Solicitar la asignación de una cuenta de correo electrónico o internet si lo requiere.	X		
5	Indicar el uso adecuado de elementos de protección personal.	X		
6	Realizar recorrido de las instalaciones, como: áreas de seguridad, ruta de evacuación, baños, elevadores, etc.	X		
7	Comunicar el procedimiento básico a seguir en caso de accidente de trabajo.	X		
8	Indicar el procedimiento para solicitar los elementos de oficina y/o insumos cuando lo requiera.	X		
9	Informar el procedimiento que se debe realizar en caso de un daño o mal funcionamiento de los equipos bajo su responsabilidad.	X		
10	Comunicar el procedimiento a seguir para tratar asuntos contractuales y/o personales.	X		
11	Indicar la ubicación de la dependencia dentro del Mapa de Procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y especificamente la ubicación de la dependencia a la que pertenece su proceso de trabajo.	X		

ASPECTOS PARTICULARES

N	ACTIVIDAD	APLICA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	Ampliar la información principal del objeto del contrato.	X		
2	Explicar las actividades contractuales y aporte a otros procesos.	X		
3	Indicar el funcionamiento interno de la dependencia y sus procedimientos específicos.	X		
4	Explicar cuál es el manejo adecuado del lugar donde desempeñará sus actividades contractuales, equipos (cómputo, biomédicos), material, documentos y archivos.	X		
5	Dar a conocer los conceptos básicos del programa de seguridad del paciente.	X		
6	Indicar la información básica de manejo de herramientas ofimáticas tales como Historia Clínica, Dinámica, Sistema de Gestión de Información, Sistema de Gestión Documental y/o cualquier otro sistema de información que se requiera.	X		
7	Indicar el estado actual de las actividades asignadas.	X		
8	Otras actividades relevantes consideradas por el Supervisor y/o par asignado (enunciar las actividades). 1. 2. 3.			

OBSERVACIONES GENERALES

Una vez finalice el diligenciamiento del presente formato, enviarlo en físico a la Dirección de Talento Humano o al correo **capacitacion@subredcentrooriente.gov.co**, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de ingreso del contratista.

Firma del Supervisor	**Firma del responsable del acompañamiento**
Firma del contratista que recibe el entrenamiento	05/04/2025 **Fecha de recepción en Formación y Capacitación**

PS 52697/2025

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO ENTRENAMIENTO INICIAL DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-067 VERSIÓN: 01 FECHA: 2023-08-14

Dándole la bienvenida al nuevo contratista que estará bajo su supervisión y con el fin de que reciba las herramientas necesarias para dar inicio a sus actividades contractuales, es importante realizar el diligenciamiento de la siguiente lista de chequeo.

Fecha de diligenciamiento	2/05/2025		
Nombre del contratista	**EMPERATRIZ LARA**	**No. de Identificación**	**32.769.706**
Perfil	**MEDICO**	**Fecha de ingreso**	**29/04/2025**
Proceso	**Referencia y contrareferencia**	**Subproceso o Servicio**	**Direccion de Urgencias**
Nombre del Supervisor		**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**	
Nombre responsable de realizar el acompañamiento		**JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE**	

AMBIENTACIÓN EN EL LUGAR QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES Y ASPECTOS LOGÍSTICOS

N	ACTIVIDAD	APLICA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	Realizar o designar a un integrante del proceso o dependencia para llevar a cabo el acompañamiento y seguimiento del nuevo contratista durante el periodo de introducción al subproceso o servicio.	X		
2	Presentar el nuevo integrante al personal tanto de la dependencia como el de otras áreas con las que debe interactuar para el desarrollo de sus actividades contractuales.	X		
3	Indicar los elementos de trabajo necesarios para el desarrollo de las actividades contractuales.	X		
4	Solicitar la asignación de una cuenta de correo electrónico o internet si lo requiere.	X		
5	Indicar el uso adecuado de elementos de protección personal.	X		
6	Realizar recorrido de las instalaciones, como: áreas de seguridad, ruta de evacuación, baños, elevadores, etc.	X		
7	Comunicar el procedimiento básico a seguir en caso de accidente de trabajo.	X		
8	Indicar el procedimiento para solicitar los elementos de oficina y/o insumos cuando lo requiera.	X		
9	Informar el procedimiento que se debe realizar en caso de un daño o mal funcionamiento de los equipos bajo su responsabilidad.	X		
10	Comunicar el procedimiento a seguir para tratar asuntos contractuales y/o personales.	X		
11	Indicar la ubicación de la dependencia dentro del Mapa de Procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y específicamente la ubicación de la dependencia a la que pertenece su proceso de trabajo.	X		

ASPECTOS PARTICULARES

N	ACTIVIDAD	APLICA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	Ampliar la información principal del objeto del contrato.	X		
2	Explicar las actividades contractuales y aporte a otros procesos.	X		
3	Indicar el funcionamiento interno de la dependencia y sus procedimientos específicos.	X		
4	Explicar cuál es el manejo adecuado del lugar donde desempeñará sus actividades contractuales, equipos (cómputo, biomédicos), material, documentos y archivos.	X		
5	Dar a conocer los conceptos básicos del programa de seguridad del paciente.	X		
6	Indicar la información básica de manejo de herramientas ofimáticas tales como Historia Clínica, Dinámica, Sistema de Gestión de Información, Sistema de Gestión Documental y/o cualquier otro sistema de información que se requiera.	X		
7	Indicar el estado actual de las actividades asignadas.	X		
8	Otras actividades relevantes consideradas por el Supervisor y/o par asignado (enunciar las actividades). 1. 2. 3.			

OBSERVACIONES GENERALES

Una vez finalice el diligenciamiento del presente formato, enviarlo en físico a la Dirección de Talento Humano o al correo **capacitacion@subredcentrooriente.gov.co**, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de ingreso del contratista.

Firma del Supervisor	**Firma del responsable del acompañamiento**
32769706 **Firma del contratista que recibe el entrenamiento**	8/05/2025 **Fecha de recepción en Formación y Capacitación**

PS 52647025

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO ENTRENAMIENTO INICIAL DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-067 VERSIÓN: 01 FECHA: 2023-08-14

Dándole la bienvenida al nuevo contratista que estará bajo su supervisión y con el fin de que reciba las herramientas necesarias para dar inicio a sus actividades contractuales, es importante realizar el diligenciamiento de la siguiente lista de chequeo.

Fecha de diligenciamiento	2/05/2025		
Nombre del contratista	**CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO**	**No. de Identificación**	**80.112.684**
Perfil	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**Fecha de ingreso**	**30/04/2025**
Proceso	**Referencia y contrareferencia**	**Subproceso o Servicio**	**Direccion de Urgencias**

Nombre del Supervisor	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**
Nombre responsable de realizar el acompañamiento	**JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE**

AMBIENTACIÓN EN EL LUGAR QUE DESARROLLA LAS ACTIVIDADES Y ASPECTOS LOGÍSTICOS

N	ACTIVIDAD	APLICA SI	APLICA NO	OBSERVACIONES
1	Realizar o designar a un integrante del proceso o dependencia para llevar a cabo el acompañamiento y seguimiento del nuevo contratista durante el periodo de introducción al subproceso o servicio.	X		
2	Presentar el nuevo integrante al personal tanto de la dependencia como el de otras áreas con las que debe interactuar para el desarrollo de sus actividades contractuales.	X		
3	Indicar los elementos de trabajo necesarios para el desarrollo de las actividades contractuales.	X		
4	Solicitar la asignación de una cuenta de correo electrónico o internet si lo requiere.	X		
5	Indicar el uso adecuado de elementos de protección personal.	X		
6	Realizar recorrido de las instalaciones, como: áreas de seguridad, ruta de evacuación, baños, elevadores, etc.	X		
7	Comunicar el procedimiento básico a seguir en caso de accidente de trabajo.	X		
8	Indicar el procedimiento para solicitar los elementos de oficina y/o insumos cuando lo requiera.	X		
9	Informar el procedimiento que se debe realizar en caso de un daño o mal funcionamiento de los equipos bajo su responsabilidad.	X		
10	Comunicar el procedimiento a seguir para tratar asuntos contractuales y/o personales.	X		
11	Indicar la ubicación de la dependencia dentro del Mapa de Procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y específicamente la ubicación de la dependencia a la que pertenece su proceso de trabajo.	X		

ASPECTOS PARTICULARES

N	ACTIVIDAD	APLICA SI	APLICA NO	OBSERVACIONES
1	Ampliar la información principal del objeto del contrato.	X		
2	Explicar las actividades contractuales y aporte a otros procesos.	X		
3	Indicar el funcionamiento interno de la dependencia y sus procedimientos específicos.	X		
4	Explicar cuál es el manejo adecuado del lugar donde desempeñará sus actividades contractuales, equipos (cómputo, biomédicos), material, documentos y archivos.	X		
5	Dar a conocer los conceptos básicos del programa de seguridad del paciente.	X		
6	Indicar la información básica de manejo de herramientas ofimáticas tales como Historia Clínica, Dinámica, Sistema de Gestión de Información, Sistema de Gestión Documental y/o cualquier otro sistema de información que se requiera.	X		
7	Indicar el estado actual de las actividades asignadas.	X		
8	Otras actividades relevantes consideradas por el Supervisor y/o par asignado (enunciar las actividades). 1. 2. 3.			

OBSERVACIONES GENERALES

Una vez finalice el diligenciamiento del presente formato, enviarlo en físico a la Dirección de Talento Humano o al correo **capacitacion@subredcentrooriente.gov.co**, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de ingreso del contratista.

Firma del Supervisor	**Firma del responsable del acompañamiento**
80112684 **Firma del contratista que recibe el entrenamiento**	30/04/25 **Fecha de recepción en Formación y Capacitación**