## DORIS PATRICIA PADILLA ROCHA

APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR- AUTORIZACIONES

Contrato Actual: 3926-2025

3104657572 dorispad16182009@hotmail.com

### Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadania

No. de documento
39740835

Sede
SUBRED

Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
550451400014879

Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del **02/05/2025** se pueden volver a subir cuentas

RELACION DE CUENTAS 242147

Buscar

| ID | CONTRATO | PERIODO | VALOR EJECUTADO | VALOR A PAGAR | % EJECUTADO | SALDO POR EJECUTAR | ESTADO | ACCIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **242147** | 3926 | 2025-04-14 / 2025-04-30 | $1,143,520 | $1,143,520 | 31.2 | $2,522,066 | APROBADA | |

Filas por página: 5 1 - 1 de 1

RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES

COPIAR OBLIGACIONES CREAR OBLIGACIONES

| NO | CONTRATO | NO. DE OBLIGACIONES | ACCIONES |
|---|---|---|---|
| **1** | | | CONSULTAR / EDITAR |
| **2** | | | CONSULTAR / EDITAR |

| 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: | DORIS PATRICIA PADILLA ROCHA | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 39740835 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | dorispad16182009@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3104657572 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ADM FACTURACION -AUTORIZACIONES Y ADMISIONES USS FONTIBÓN | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | FO03R23 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550451400014879 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3926 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 855 | FECHA | 2025-04-09 10:05:46.000 | NÚMERO DE CRP | 19652 | FECHA | 2025-04-11 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR- AUTORIZACIONES | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-04-14 | | 2025-04-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,143,520 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | 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: | $3,665,586 |
| VALOR EJECUTADO | $1,143,520 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,143,520 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,522,066 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 31% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LUZ MARY TORRES RINCON
52193547
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 |
|---|---|---|
| Realizar apertura del ingreso de todos los pacientes que ingresen a la sub red a los servicios de urgencias, hospitalización y Cirugía programada | Se realizo apertura del ingreso de todos los pacientes que ingresen a la sub red a los servicios de urgencias, hospitalización y Cirugía programada | Registro en Dinamica Gerencial y siies |
| Realizar la admisión del paciente aplicando los 11 correctos (nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia, pagador | Se realizo seguimiento y actualización de admisión aplicando los once correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E de los pacientes que ingresaron en el mes los servicios de pediatria" | Registro en Dinamica Gerencial y siies |
| Realizar verificación de derechos del 100% de los pacientes que ingresen a la Subred identificando responsable de pago para lo cual deben consultar las bases de datos de las paginas oficiales, ADRES (BDUA, Compensados y LMA), Comprobador De Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), las diferentes páginas de las EAPB y bases de datos de las de la población asignada a la subred, dejando evidencia de la gestión con los pantallazos en el software destinado para esta actividad | Se realizo seguimiento y actualización de admisión aplicando los once correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E de los pacientes que ingresaron en el mes los servicios | Registro en Dinamica Gerencial y siies |
| Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes entidades responsables de pago (E.R.P), así como sobre el trámite administrativo requerido en la institución | Se brindo información a los pacientes y sus familiares. | se realiza atención de familiares de pacientes quienes se encuentran en servicio de urgencia |
| Realizar y verificar el registro adecuado de eventos catastróficos o accidentes de tránsito (SOAT), diligenciar o complementar los formatos normativos correspondiente a estos eventos, validar o registrar la información de la admisión, aplicativo SIRAS y solicitar soportes (Factura de la IPS anterior si aplica, tarjeta de propiedad del vehículo, cédula de ciudadanía del conductor, SOAT), dejando evidencia en el software destinado para esta actividad. | Se realizó el registro adecuado de eventos catastróficos o accidentes de tránsito (SOAT), diligenciar o complementar los formatos normativos correspondiente a estos eventos, validar o registrar la información de la admisión, aplicativo SIRAS y solicitar soportes (Factura de la IPS anterior si aplica, tarjeta de propiedad del vehículo, cédula de ciudadanía del conductor, SOAT), dejando evidencia en el software destinado para esta actividad | Registro en Dinamica Gerencial, siies y siras |
| Cuando se identifique paciente con dificultades de aseguramiento PARTICULAR realizar reporte de manera inmediata a trabajo social aplicando el instructivo # 03-01-IN0018 | Se realiza Cuando se identifique paciente con dificultades de aseguramiento PARTICULAR realizar reporte de manera inmediata a trabajo social | Registro en Dinamica Gerencial, siies y correo institucional |
| Realizar reporte de todas las actividades que solicite el proceso de facturación para los pacientes del servicio de urgencias. | Se elaboraron todas las hojas de ruta y fueron entregadas al facturador del servicio pediatria, como se evidencia en el correo de salida | Correo electronico donde se evidencia la respuesta, hoja de ruta. |
| Realizar y actualizar el censo administrativo cama a cama del servicio asignado dando cumplimiento al protocolo de bioseguridad y actualizar el sistema de información en los tiempos establecidos y donde se indique: nombre y apellido, número de documento, fecha de nacimiento, fecha de Ingreso a hospitalización y pagador. | Se realizó el censo administrativo cama a cama del servicio asignado dando cumplimiento al protocolo de bioseguridad y actualizar el sistema de información en los tiempos establecidos y donde se indique: nombre y apellido, número de documento, fecha de nacimiento, fecha de Ingreso a hospitalización y pagador | Registro en Dinamica Gerencial, siies |
| Realizar verificación de derechos al 100% de los pacientes que se encuentren hospitalizados en las diferentes unidades de la Subred de manera diaria. | Se realizó verificación de derechos al 100% de los pacientes que se encuentren hospitalizados en las diferentes unidades de la Subred de manera diaria. | Registro en Dinamica Gerencial, siies |
| Aplicar la normatividad vigente (Decreto 4747, Ley 1997 de 2019, Decreto 780 de 2016, Decreto 064 de 2020, Decreto 538 de 2020, Resolución 3047 Anexo1, Anexo2 y Anexo 3) en lo que haya lugar y demás que las modifiquen | Se aplicó la normatividad vigente (Decreto 4747, Ley 1997 de 2019, Decreto 780 de 2016, Decreto 064 de 2020, Decreto 538 de 2020, Resolución 3047 Anexo1, Anexo2 y Anexo 3) | Se aplicó la normatividad vigente (Decreto 4747, Ley 1997 de 2019, Decreto 780 de 2016, Decreto 064 de 2020, Decreto 538 de 2020, Resolución 3047 Anexo1, Anexo2 y Anexo 3) |
| Realizar seguimiento diario a la gestión de autorizaciones en cada uno de los servicios, verificando y actualizando la información en el software definido para admisiones y autorizaciones. | Se realizó seguimiento diario a la gestión de autorizaciones en cada uno de los servicios, verificando y actualizando la información en el software definido para admisiones y autorizaciones. | Registro en Dinamica Gerencial, siies |

Copia Controlada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Dar oportunamente respuesta de los procesos administrativos a las solicitudes realizados por el área asistencial, de la tal manera que no afecte la prestación del servicio. Dejar la evidencia de la gestión realizada del reporte y solicitud de autorizaciones en el sistema de información (SIIES), diligenciar de manera clara, completa y oportuna los soportes para el área de facturación | Se realiza validación de los pacientes trasladados de los diferentes servicios y unidades quedando hospitalizados en observacion | Registro en Dinamica Gerencial y SIIES Correo electronico. |
| Dar respuesta de manera oportuna al área de facturación de la línea de pago de los pacientes en el momento del egreso | Se dió respuesta de manera oportuna al área de facturación de la línea de pago de los pacientes en el momento del egreso | Siies y correo institucional |
| Entregar oportunamente los soportes de la gestión de autorización y/u hojas de ruta para que se anexen en cada una de las facturas generadas a las diferentes EAPB. 15.Realizar el trámite de autorización de medicamentos y tecnologías NO PBS dando cumplimiento a la norma. | No Aplica | No Aplica |
| Realizar el trámite de autorización de medicamentos y tecnologías NO PBS dando cumplimiento a la norma. | No Aplica | No Aplica |
| Realizar seguimiento a diario de los trámites administrativos que requieran los pacientes como oxígeno domiciliario, procesos de remisión y aseguramiento. | Se realiza solicitud de oxigeno domiciliario del servicio de pediatria, validando y oportunamente y dando re spuesta a los familiares, Seguimiento diario de respuesta de remisiones por correo outlook y con el área de referencia y contrarreferencia, reporte de casos de pacientes oportunamente a traajo social para dar soliución de manera inmediata a los tramites de afiliaciónes de los servicios | Registro en Dinamica Gerencial y SIIES Correo electronico |
| Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B). | Registro en Dinamica Gerencial y SIIES Correo electronico | No Aplica |
| Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de facturación, devoluciones, glosas y cartera en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B) | Se elaboraron todas las hojas de ruta y fueron entregadas al facturador del servicio pediatria, como se evidencia en el correo de salidas. | Correo electronico donde se evidencia la respuesta, hoja de ruta. |
| Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario. | Se cumplió con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario | No Aplica |
| Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las unidades asignadas. | Se realizó las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en las unidades asignadas | Correo institucional |
| Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades de mejora formulada por los entes de control, las direcciones, acreditación o la líder del proceso, entre otros | No Aplica | No Aplica |
| Mantener una adecuada presentación personal (uso de carnet) en el desarrollo de las actividades, así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo. | Se cumplió con una adecuada presentación personal (uso de carnet) en el desarrollo de las actividades, así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo. | No Aplica |
| Ejecutar las actividades acordes con la programación realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en las unidades asignadas teniendo en cuenta la misión de la subred, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de los productos en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP | Se ejecutó las actividades acordes con la programación realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en las unidades asignadas teniendo en cuenta la misión de la subred, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de los productos en el marco de la programación definida en el contrato y términos publicados en SECOP | Registro en Dinamica Gerencial y SIIES Correo electronico |
| Atender y mejorar las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad, líder asistencial o supervisor del contrato. | No Aplica | No Aplica |
| Participar de manera activa en las actividades de capacitación del área y en temas de acreditación | Se participa en las actividades realizadas por las diferentes áreas con el fin de conocer los prcesos realizados en cada una de ellas. | Se participa en las actividades realizadas por las diferentes áreas con el fin de conocer los prcesos realizados en cada una de ellas. |
| Realizar el pago de aportes al sistema de seguridad social integral durante la ejecución del contrato sobre los montos legales y dentro de los tiempos establecidos para tal fin, el incumplimiento de esta actividad o falsedad en la misma será causal de terminación del contrato. | Se realiza pago de la seguridad social en los tiempos establecidos. | Se realiza pago de la seguridad social en los tiempos establecidos |
| Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizar los en el diario que hacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar a la Acreditación de la subred | Conocer los principios y valores de la subred integrada de servicios de salud sur occidente y brindar trato digno y humanización a usuarios , familia, comunidad y compañeros de la entidad | Conocer los principios y valores de la subred integrada de servicios de salud sur occidente y brindar trato digno y humanización a usuarios , familia, comunidad y compañeros de la entidad |

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

LUZ MARY TORRES RINCON
52193547
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

**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) DORIS PATRICIA PADILLA ROCHA identificado(a) con CC. 39740835 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **2023/02/06** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E-UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 26 días del mes de 04 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**

Medellín, 26 de abril de 2025

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DORIS PATRICIA PADILLA ROCHA identificado(a) con C39740835 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:C397408352511626917

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.19

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DORIS PATRICIA PADILLA ROCHA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39740835,** se encuentra afiliado/a desde **15/06/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de abril de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 01/ 2025**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DORIS PATRICIA PADILLA**

**C.C 39.740.835 DE BOGOTA**

La suma de $ 1.143.520 por concepto de: APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS- AUTORIZACIONES durante el periodo del 14 al 30 de ABRIL/2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3926-2025



**DORIS PATRICIA PADILLA**

**C.C 39.740.835 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO 550451400014879**

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

**ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS EN PUESTO DE TRABAJO - DIRECCIONES Y OFICINAS ADMINISTRATIVAS**

| | |
|---|---|
| Versión: | 4 |
| Fecha de aprobación: | 18/03/2025 |
| Código: | 04-01-FO-0041 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nuevo OPS | X | Cambio Perfil OPS | | Nuevo Planta | | Reubicado Planta | | |

| | |
|---|---|
| 1. Colaborador | |
| 2. Nombres y apellidos del colaborador | DORIS PATRICIA PADILLA ROCHA |
| 3. Documento | Tipo de Documento: C.C. X C.E. ___ Pasaporte ___ Visa ___ Número: 39740835 |
| 4. Perfil o cargo | APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR - AUTORIZACIONES |
| 5. Dependencia- Proceso - Área | DIRECCION FINANCIERA |
| 6. Tipo de Vinculación | ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS X PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: ___ |
| 7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred | DÍA 11 MES 04 AÑO 25 |

| FECHA | RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento) | 8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | SI | NO | N/A | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 11-04-25 | | Entrega de Clave Aula Virtual | X | | | |
| | | Se realizó Afiliación a la ARL | X | | | |
| | | Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente | X | | | |
| | | Entrega de Carnet Institucional | X | | | |
| | | Sensibilización Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta) | | X | | |
| **FECHA** | **RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)** | **9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN** | **SI** | **NO** | **N/A** | **OBSERVACIONES** |
| 11/4/2025 | | Asignación de correo electrónico institucional | | | X | |
| | | Sensibilización uso y apropiación de la tecnología | X | | | |
| **FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)** | **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)** (Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Específicas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm) | **SI** | **NO** | **N/A** | **OBSERVACIONES** |
| 22/4/2025 | LUZ MARY TORRES RUEDA | Humanización | X | | | |
| | | Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo | X | | | |
| | | Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres | X | | | |
| | | Participación y Atención al Usuario | X | | | |
| | | Gestión de la Tecnología | X | | | |
| | | Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS | X | | | |
| | | Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública | X | | | |
| | | Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia | X | | | |
| | | Gestión Documental | X | | | |
| | | Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI | X | | | |

**11. DIRECCIONES / OFICINAS**

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

| | |
|---|---|
| Lugar de Ubicación Colaborador | USS FONTIBÓN. |
| Servicio donde va a desarrollar actividades | AUTORIZACIONES |
| Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A) | 22/4/2025 |
| Fecha de Finalización (D/M/A) | 22/4/2025 |

**12. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22/4/25 | LUZ CONSUELO CONTRERAS ZÚÑIGA | 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 | | | |
| | | Portafolio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/) | X | | | |
| | | Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006) | 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 | | | |

| 13. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SERVICIO | |
|---|---|
| JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO<br>(Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento) | LUZ MARY TORRES RINCÓN. |
| CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO<br>(Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento) | LIDER DE NORMALIZACIONES |

| FECHA | DIRECCIÓN / OFICINA | PERFIL | DIRECCIÓN / OFICINA<br>ACTIVIDADES | SI | NO | N/A | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11-4-25 | Describir la Dirección u Oficina donde se ubica el colaborador | Describir el Perfil Talento Humano Administrativo | Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso | X | | | |
| | | | Se informó frente a las actividades a realizar y los controles existentes e informes y la periodicidad con que debe presentarlos | X | | | |
| | | | Acompañamiento en el manejo de aplicativos de la Subred necesarios para el desarrollo de las actividades | X | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | ACTIVIDADES | SI | NO | N/A | OBSERVACIONES |
| | Diligenciar solo si aplica con apoyo de la Dirección de Servicios Complementarios | Ingeniero biomédico central de gases medicinales | Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del manual de garantía de calidad de gases medicinales | | | | |
| | | | Conocimientos sobre normas concernientes a procesos de Certificación y planes de trabajo sobre el tema | | | | |
| | | | Conocimientos sobre Buenas Prácticas de Manufactura en Gases Medicinales | | | | |
| | | | Conocimientos relacionados con los procedimientos operativos de funcionamiento del sistema de aire medicinal e instructivos asociados a la producción de aire medicinal | | | | |

| 14.VALORACIÓN DEL COLABORADOR | | 15.VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO |
|---|---|---|
| Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara<br>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.<br>1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 X 5 ___ | 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | X | |

| 17. FIRMA DEL COLABORADOR | | 18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO | | 19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO | |
|---|---|---|---|---|---|