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:	ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1018421370	
CORREO ELECTRONICO:	alexander.guezguan@gmail.com				CELULAR:	3023885024	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10J02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570176570033561				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4494			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1407	FECHA	2025-06-25 10:35:41.000	NÚMERO DE CRP	31451	FECHA	2025-06-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO INTERNISTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-04		2025-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,163,192				
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:	$18,927,930
VALOR EJECUTADO	$2,163,192
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,163,192
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$16,764,738
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	11%

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
PRIMERA CUENTA	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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

jefersson andres orjuela ayala
1022360481
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

jefersson andres orjuela ayala
1022360481
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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
7966ba3f3c035c5f3cb4d8a62d0ac12a2a25fced10310a58bd71610ac44dca20abb6d86b9c6b599f5643deb487e34376

Número de Factura: FE-10
Fecha de Emisión: 27/06/2025
Fecha de Vencimiento: 27/06/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GUEZGUAN PEREZ JONATHAN ALEXANDER
Nombre Comercial: GUEZGUAN PEREZ JONATHAN ALEXANDER
Nit del Emisor: 1018421370
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: CR 4 E N 47 C 48 CA 9
Teléfono / Móvil: 3023885024
Correo: alexander.guezguan@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 45
Teléfono / Móvil: 4546800
Correo: gerencia@subredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	01	SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO INTENISTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	HUR	24,00	$ 90.133,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.163.192,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
27/06/2025 17:27:20
Documento validado por la DIAN:
27/06/2025 17:27:20
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	2163192
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	2163192
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	2163192
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 2163192

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	2.163.192,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	2.163.192,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	2.163.192,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 2.163.192,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764091765158 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2027-04-09

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 Jonathan Alexander Guezguan Perez, identificado(a) con CC número 1018421370, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1018421370
NOMBRES Y APELLIDOS	Jonathan Alexander Guezguan Perez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	02/01/1989
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	10/07/2015
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	258 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	14/09/2016
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1018421370 JONATHAN ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ Desde 01/03/2024 - Vigente N.I.T. 860066789 UNIVERSIDADEL BOSQUE Desde 01/09/2022 - Vigente N.I.T. 900807696 IOLAVORANDO Desde 02/04/2025 - Vigente N.I.T. 901816201 CONSORCIO INTEGRAL SAN RAFAEL Desde 03/10/2024 Hasta 31/03/2025N.I.T. 891801101 UNIVERSIDAD DE BOYACA Desde 02/08/2024 Hasta 20/12/2024N.I.T. 891801101 UNIVERSIDAD DE BOYACA Desde 01/02/2024 Hasta 27/06/2024

Generado por interfaces 25/06/2025

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

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 Jonathan Alexander Guezguan Perez, identificado(a) con CC número 1018421370, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces 25/06/2025

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 Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JONATHAN ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.421.370**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JONATHAN ALEXANDER GUEZGUAN PEREZ** identificado con **CC** No. **1018421370**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E - NI. 900959048	**Fecha de inicio de cobertura:** 05/06/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 03/06/2025 **Fecha fin de Contrato:** 03/07/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501016303056.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

TUNJA, BOYACA, **25/06/2025**
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JONATHAN GUEZGUAN** con **Cédula de Ciudadanía** número **1018421370**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570176570033561**
Fecha de apertura	**28/02/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sur Occidente E.S.E.	ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	Versión:	5
		Fecha de aprobación:	18/03/2025
		Código:	04-01-FO-0024

1. Colaborador	Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta		
2. Nombres y apellidos del colaborador	GUEZGUAN PEREZ JONATHAN ALEXANDER								
3. Documento	Tipo de Documento: C.C._X__C.E.____Pasaporte____Visa____ Número: ___1018421370_____								
4. Perfil o cargo	MEDICO INTERNISTA								
5. Dependencia- Proceso - Área	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS								
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS _X__ PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____								
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA 04 MES JUNIO AÑO2025								

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
4/06/2025		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 Especifico 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
4/06/2025		Entrega de usuario y contraseña	X			
		Sensibilizacion formatos de historia clinica correspondientes	X			
		Sensibilizacion acuerdos de confidencialidad	X			
		Firma digital	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
5/06/2025		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	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Servicio donde va a desarrollar actividades	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	4/06/2025
Fecha de Finalización (D/M/A)	4/06/2025

12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO

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-OD-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			

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO	
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO **(**Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento**)**	
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO **(**Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento**)**	

FECHA	SERVICIO	PERFIL	SERVICIOS HOSPITALARIOS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
		Médico	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención	x			
			Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización	x			
			Recibo y entrega de turno multidisciplinar	x			
			Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento e higiene de manos	x			
			Realizar valoración de la paciente de ginecología y obstetricia y registrar en la historia clínica	x			
			Analizar el estado del paciente	x			
			Notificación de evento adverso a seguridad del paciente	x			
			Notificar a la enfermera del servicio los cambios que se tengan con el paciente.	x			
			Realizar las revistas medicas	x			
			Informar sobre el estado o evolución al familiar del paciente	x			
			Al egreso dar recomendaciones generales, entrega de documentos y brindar educación al paciente, su familiar y/o acompañante	x			
			Asistir desde su perfil a las situaciones criticas del paciente.	x			
			Realizar supervisiones sanguíneas los primeros 15 minutos	x			
			Realizar valoración del estado mental del paciente y registrar en la historia clínica	x			
			Hacer entrega de las formulas medicas a los pacientes	x			
			Buenas practicas en seguridad del paciente	x			
			ACTIVIDADES	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
		Profesional en Enfermería	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención				
			Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización				
			Recibo y entrega de turno multidisciplinar				
			Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento e higiene de manos				
			Administración adecuada y oportuna de Medicamentos y devolución de sobrantes medico quirúrgico				
			Darle continuidad al diligenciamiento de la hoja de ruta				
			Asegurar que se diligencie y firme el formato de consentimiento informado de enfermería				
			Auditoria mensual de carro de paro				
			Colocación de catéter periféricos, toma adecuada de laboratorios				
			Realizar pedidos a farmacia de insumos medico quirúrgico a necesidad y al almacén de manera semanal				
			Supervisión y análisis del estado del paciente, escalas neurológicas, escalas de seguridad del paciente				
			Brindar educación al paciente y familiar				
			Recibo y entrega de kits obstétricos				
			Limpieza y desinfección semanal del carro de paro y carro de medicamentos				
			Revisión de historias clínicas para actualización de Kardex, plan de atención de enfermería, actualización de tarjetas de medicamentos				
			Notificación de evento adverso a seguridad del paciente y gestión administrativa a la mesa de ayuda				
			Asignación del personal según necesidades del servicio				
			Supervisión y análisis del estado del paciente, escalas neurológicas, escalas de seguridad del paciente				
			Asistir desde su perfil a las situaciones criticas del paciente.				
			Realizar contención verbal, medicamentosa y física al paciente agitado				
			Realizar acompañamiento de las revistas medicas				
			Supervisar procesos de Limpieza y desinfección de equipos biomédico y superficies				
			Auditoria mensual de carro de paro y la revisión por turno de descarga del desfibrilador				
			Colocación de catéter periféricos y /o centrales de inserción periférica, toma adecuada de laboratorios con las diferentes técnicas y registro en el libro de laboratorios				
			Realizar pedidos a farmacia de insumos medico quirúrgico a necesidad y al almacén de manera semanal				
			Revisión de historias clínicas para actualización de Kardex y plan de atención de enfermería				
			Notificación de evento adverso a seguridad del paciente y gestión administrativa a la mesa de ayuda				
			Asignación del personal según necesidades del servicio				
			Inicio y seguimiento de monitoreo invasivo del paciente adulto				
			Asistir desde su perfil a las situaciones criticas del paciente.				
			Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica (Dinámica gerencial)				
			Participación en la revista medica				
			Promocionar adherencia a lactancia materna				
			ACTIVIDADES	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención				
			Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización				
			Adherencia al protocolo de venopunción, toma adecuada de laboratorios				
			Hacer inventario de pertenencias del paciente				
			Recibo y entrega de turno multidisciplinar				

		Auxiliar de enfermería	Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento, higiene de manos y manual de buenas practicas de seguridad del paciente				
			Cumplir con los instructivos de limpieza y desinfección de patos, piscingos y unidad de los pacientes				
			Asegurar que se encuentre en la historia clínica en físico el formato de consentimiento informado de enfermería				
			Inventario diario de carro de paro				
			Adherencia al protocolo de venopunción, toma adecuada de laboratorios				
			Hacer inventario de pertenencias con las que se puedan auto agredir y/o agredir a otras personas				
			Asegurar que lo insumos medico quirúrgicos estén disponibles en el servicio				
			Dar cumplimiento al plan de cuidado de enfermería				
			Notificación de evento adverso a seguridad del paciente y gestión administrativa a la mesa de ayuda				
			Registrar en su totalidad los formatos establecidos en dinámica propios de su perfil				
			Informar a la enfermera profesional los cambios que presente el paciente, diligenciar escalas neurológicas, escalas de seguridad del paciente				
			Recibo y entrega de turno multidisciplinar				
			Adherencia a procesos de seguridad del paciente, precauciones especiales de aislamiento, manual de bioseguridad e higiene de manos				
			Informe de las alteraciones del estado del paciente por sistemas				
			Registro de escalas de sedación, escalas neurológicas y de dolor en el paciente adulto				
			Actividades de " Humanización (Brindar información a la familia sobre horarios de visita, necesidad de elemento de higiene y cuidado del paciente, normas propias del servicio, uso adecuado de los elementos de protección personal)				
			Ejecutar las ordenes dadas por la enfermera del servicio acorde a su perfil				
			Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica (Dinámica gerencial)				
			Asistir los procedimientos médicos y/o de enfermería				
			Asistir desde su perfil a las situaciones criticas del paciente.				
			Dar cumplimiento al protocolo de manejo de cadáver				
			Realizar los cambios de posición, actividades de higiene y confort del paciente, asistencia a la alimentación vía oral o enteral				
			Elaboración de inventarios de carro de paro y activos fijos del servicio				
			Hacer acompañamiento al paciente de la unidad en actividades terapéuticas				
			Asistir desde su perfil a las situaciones criticas del paciente.				
			Verificar y registrar en cada turno los inventarios (carro de paro, elementos y/o equipos biomédicos y ropa hospitalaria)				
			Realizar los cuidados básicos de enfermería				
			Realizar contención verbal, medicamentosa y física al paciente agitado				
			ACTIVIDADES	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
		Terapeutas	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención				
			Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización				
			Se realiza entrenamiento en formatos de historia clínica verificando ítems específicos de plan de manejo, plan de intervención, demanda inducida, educación al paciente, plan casero, derechos y deberes, identificación de riesgo.				
			Se informó al colaborador frente a procesos de auditoria interna, relacionados con la adherencia a protocolos de manejo y diligenciamiento de historia clínica relacionada con su proceso				
			Se informó al colaborador frente a programa de seguridad del paciente, especificidades como, el reporte de sucesos de seguridad, política de seguridad, indicador por servicio				
			Se Informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales				
			Se informo al colaborador sobre especificidades del programa de humanización desplegado tanto para el cliente interno como para el cliente externo				
	Mencionar el Servicio	**Otros perfiles (describir el perfil)**	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**

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 **1 ____ 2 ____3 ____ 4 ____5 __x__**	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**
				x

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