**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

Gineth Carolay Prado Vásquez
CC: 1.024.601.278 de Bogotá

La suma de Quinientos seis mil seiscientos cuarenta y tres pesos m/cte $506.643, por concepto de servicios como técnico 1 auxiliar de enfermería en el Entorno Educativo, durante el periodo de 26 al 31 de mayo de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4357-2025.

Carolay Prado

Gineth Carolay Prado Vásquez
CC: 1.024.601.278 de Bogotá
Cuenta de ahorros
Banco Davivienda
N° 0550488409991640

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de mayo 2025 una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



**Diego Castillo**
**Apoyo a la supervisión**
**Entorno Educativo**

| 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: | Gineth Carolay Prado Vásquez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1024601278 | |
| CORREO ELECTRONICO: | carolay.prado1299@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3016341493 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC ENTORNO CUIDADOR EDUCATIVO FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K29 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488409991640 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4357 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1164 | FECHA | 2025-05-19 14:22:27.000 | NÚMERO DE CRP | 23301 | FECHA | 2025-05-22 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-05-26 | | 2025-05-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $506,643 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | 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: | $6,264,946 |
| VALOR EJECUTADO | $506,643 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $506,643 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,758,303 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 8% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1024601278 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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.Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes | Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual. | Mantengo adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia del os documentos generados. Alistamiento de los productos asignados y la técnica correspondiente para los procedimientos dentro del producto de vacunación con VPH. |
| 2.Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado. | Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. | Realizo actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignadas en el marco de la ejecución del convenio con los colegios priorizados para vacunación con VPH a través de las jornadas de vacunaciòn en las instituciones educativas. |
| 3.Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas à la población identificada. | Conocer y aplicar las políticas institucionales. | Realizo apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcen para cada convenio por parte de la SDS. Apropiandome de los conceptos actuales que apoyan el desarrollo de las activiades de vacunaciòn con VPH |
| 4.Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes. | Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda. | Verifico la correcta identificación del paciente, verifico en el aplicativo pai distrital, verifico carnet en fisico. ( Verifico a los usuarios de vph en el aplicativo pai distrital modulo niño y modulo adulto, reviso en pai web ). Birndo educación para aplicación de vial VPH y correspondiendo a la seguridad del ususario. |
| 5.Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Subred sur occidente, Dirección de Gestión del Riesgo o supervisora de contrato. | Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades previo seguimiento por parte del supervisor y tramite del área de financiera competente. | Diligenciamiento correcto de los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponde, SIS, cardes, consentimiento informado, carnét de vacunación. Garantizando la calidad y veracidad de los mismos. Participo de las reunicones convocadas para socialización de actividades con conformidad con los convenios y demandas de las insituciones educativas. |
| 6.Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. | Realizo acercamiento al territorio o población asignada para desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponde con demanda insucida para vacunación en población específica con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación del riesgo. Apoyo logístico, digitación, verificación y vacunación en los puntos estratégicos para vacunación con VPH |
| .7.Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención | Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor. | Realizo registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por el SDS y matríz de seguimeintos. Realizo diligenciamiento de encuestas, consentimientos, sis y carnet específico para vacunación con VPH. |
| 8.Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control. | Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. | Aplico estrategias para reducir el riesgo de IAAS (Lavado y/o Higienizacion de manos (OMS) , Limpieza y desinfección de superficies y elementos y equipos de cadena de frio del PAI, segregacion de desechos según PGIRASA ) |

Copia Certificado Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 9. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, se dará aplicación a los parámetros institucionales establecidos para ello y al proceso institucional para reporte de hurtos y/o daños de bienes, además de los lineamientos establecidos por la Compañía de seguros en caso de aplicar. | Manipulo adecuadamente los elementos instrumentos de trabajo, nevera, guardian, manejo de desechos hospitalarios y bilógicos, reutilizables y de reciclado. Papelería y manejo de la cadena frio, vacunas, pilas y tiempos de recibir y entrega de insumos. Desplazamiento de la vacuna y manejo del termo. Ubicaciòn estratégica, asegurando el lugar del ususario vacunado, acudientes, el digitador y la mesa con los elementos del vacunador. |
| 10. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. | Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. | Garantizo la seguridad en la utilización de medicamentos (Correctos para administración de biologicos y cohortes de lineamientos vigentes) Aplicando los criterios correctos para cada usuario. |
| 11.Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. | Conozco la definicion de error progamatico y como se realiza el reporte. Realizo la creaciòn de usuarios en al aplicativo en lìnea propuesto por la SDS de aquellos usuarios que no tienen usuario creado para el respectivo registro del vial aplicado. |
| 12 Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. | Participo de las reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS. Comite de PAI, reuniones del Entorno Educativo, reuniones del programa Vacúnate y sé un Vacan e indicaciones de carné atrazado, particiáción de las capacitaciones SST. Convocatorias para Jornadas de vacunación para VPH en los Colegios asignados. instrucciones de tipo administrativo para el funcionamiento correcto de los tramites de vinculaciòn. |
| 13.Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad | Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades u obligaciones asignadas. | Cumplo con buena presentacion personal, porto la chaqueta institucional, carnet instiucional y uniforme. Manejo uñas cortas y sin esmalte, cabello recogido y uso de un lenguaje amable y sencillo para brindar educaciòn ala población en general. |
| 14.Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio | El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento | Presentación formal para agendamiento de jornada de vacunación, presentación del biológico exponiendo las ventajas y los intereses de salud pública para la SDS. Manejo de equipos para trasnsporte de biológicos, pilas, bolsas, algodon, jabón, guardian y papelería y ruta establecida. |
| 15.Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | En caso de ser designado como supervisor de un contrato, en atención a su competencia, experticia técnica, formación académica y/o idoneidad del perfil para el cumplimiento de un proyecto o convenio, o en caso de ser insuficiente el personal de planta para tal actividad, el CONTRATISTA se compromete a realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico encomendado, dando cumplimiento al manual institucional y respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. | Realizo activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias y su respectivo seguimeinto. Manejo de cardex para solicitud de vacunas, entrega de insumos tanto recibidos como utiliazados y membrete de los sis diligenciados por localidad. |
| 16.Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera. | El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y/o apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. | Brindo educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación en vacunación y clasificación de riesgo identificado. Particiación activa en las jornadas convocadas para vacunación y apoyo en los puntos de concentraciòn sin trestric |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

Medellín, 26 de mayo 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 GINETH CAROLAY PRADO VASQUEZ identificado(a) con C1024601278 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:C10246012782514652236

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.13

**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:

**GINETH CAROLAY PRADO VASQUEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.601.278**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Mayo 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.

# 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 Gineth Carolay Prado Vasquez, identificado(a) con CC número 1024601278, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1024601278 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Gineth Carolay Prado Vasquez |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 12/11/1999 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/01/2019 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 67 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 22 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 07/03/2025 |
| NIVEL SISBEN | 2 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1024601278 Trabajador Independiente Desde 22/05/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1024601278 Trabajador Independiente Desde 03/12/2024 Hasta 31/01/2025N.I.T. 900074352 RENDIMOS LIMITADA Desde 27/07/2024 Hasta 31/10/2024N.I.T. 900058443 MEDIKA IPS SAS Desde 26/06/2024 Hasta 23/07/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1024601278 GINETH CAROLAY PRADO VASQUEZ Desde 01/05/2024 Hasta 31/05/2024

Generado por interfaces 29/05/2025

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

| Sur Occidente E.S.E. | ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS<br>DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | Versión: | 5 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 10/03/2023 |
| | | Código: | 09-00-FO-0001 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Colaborador | Nuevo OPS | X | Cambio Perfil OPS | | Nuevo Planta | | Reubicado Planta | | | |
| 2. Nombres y apellidos del colaborador | GINETH CAROLAYN PRADO VASQUEZ | | | | | | | | | |
| 3. Documento | Tipo de Documento: C.C._X__ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: 1024601278 | | | | | | | | | |
| 4. Perfil o cargo | Auxiliar de enfermería | | | | | | | | | |
| 5. Dependencia- Proceso - Área | Gestión del riesgo en salud | | | | | | | | | |
| 6. Tipo de Vinculación | ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS _X__ PLANTA___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____ | | | | | | | | | |
| 7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred | DÍA 22 MES 02 AÑO 2025 | | | | | | | | | |

| FECHA | RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento) | 8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | REALIZACION ACTIVIDAD SI | NO | N/A | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 19/05/2025 | | 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 Camet 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** |
| | | Entrega de usuario y contraseña | | | X | |
| | | Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes | | | X | |
| | | Sensibilización 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 Especificas 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** |
| 27/05/2025 | Leidy Martinez<br>Edwin Rojas<br>Daniel Aponte<br>Lucia Jimenez<br>Smith Lozano<br>Nilson Coy<br>Elkin Bohorquez | **Fecha Entrenamiento Procesos Transversales Virtual:** | | | | |
| | | 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 | | | |
| | | Gestion 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 | Salud Pública PIC Fontibón |
| Servicio donde va a desarrollar actividades | Entorno cuidador educativo |
| Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A) | 19/05/2025 |
| Fecha de Finalización (D/M/A) | 27/05/2025 |

**12. 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) | Diego Castillo Ortiz |
| **CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO** (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento) | Referente entorno educativo |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27/05/2025 | Dayana Moreno Ramirez | 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.subredsurorcciente.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 (14-05-MA-0001) | | | X | |
| | | Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica | | | X | |
| | | Ruta de acceso a la intranet/Ximura para verificación de documentos guías . Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio | X | | | |

Scanned with CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001) | X | | |
| | | Gestion 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 estén relacionados con su proceso. | X | | |
| | | Información sobre programas de PyD | X | | |
| | | Programa de Responsabilidad social de la subred (02-06-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 contrareferencia 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**

| FECHA | SERVICIO | PERFIL | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | SI | NO | NA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ACTIVIDADES | | | | |
| 27/05/2025 | COMPONENTES SALUD PUBLICA | Auxiliar de enfermeria | Presentación del espacio y/o componente | X | | | |
| | | | Entrega de la caja de herramientas por medio magnético (formato y explicación del informe de actividades, fechas de entrega del mismo, entrega de lineamientos o rutas, documentos de consulta, formato de cronograma o matrices) | X | | | |
| | | | Se informó frente a controles existentes e informes y la periodicidad con que debe presentarlos | X | | | |
| | | | Se informó frente a eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación | X | | | |
| | | | Se realizo Entrenamiento en Campo - Manejo de procedimientos aplicables al proceso de trabajo | X | | | |
| | | | Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos | X | | | |

| 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 ___ 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 ___ | Fortalezas conocimientos previos de vacunación |
| 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 ___ 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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

Scanned with CamScanner