

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Karen Lorena Torres Pedraza					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1003566536		
CORREO ELECTRONICO:	Karentorrespedrazatorrespedraz@gmail.com			CELULAR:	3102713231		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10U07	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488452486274			PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	4568			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1161	FECHA	2025-05-19 12:20:03.000	NÚMERO DE CRP	27977	FECHA	2025-06-12 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-12		2025-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,313,964			
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:	\$3,596,112
VALOR EJECUTADO	\$1,313,964
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,313,964
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$2,282,148
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	37%

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
1003566536	\$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.

DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO
52099480
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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería	Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería	Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención
Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad
Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes	Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes	Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio	Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio	Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.

DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO
52099480
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

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

DEBE A:
KAREN LORENA TORRES PEDRAZA
C.C 1003566536

La suma de: (\$ 1.313.964) m/cte. por concepto de: Prestar servicios como Conductor en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional., durante el periodo del 12 al 30 de Junio 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 4568-2025



KAREN LORENA TORRES PEDRAZA
C.C 1003566536
CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 550488452486274



**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:

KAREN LORENA TORRES PEDRAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.566.536**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Junio 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.

BOGOTA, Junio 11 de 2025

Señora:

TORRES PEDRAZA KAREN LORENA

CC. 1003566536CL 4 5 2765 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 30 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem. c ot	Sem. A rt	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
TORRES PEDRAZA KAREN LORENA	1003566536	C	Jun-30-2023	83	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS CL	1003566536	Dependiente	CERRADO
COMPENSAMOS SAS	1003566536	Dependiente	VIGENTE
KAREN LORENA TORRES PEDRAZA	1003566536	Trabajador independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Medellin, 26 de junio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que KAREN LORENA TORRES PEDRAZA con documento de identidad C1003566536, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E con NIT N900959048.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-06-12	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA



· Medellín **604 4444578**
 · Bogotá **6014055911**
 · Cali **602 3808938**
 · Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**
 · Bucaramanga **6076917938**
 · Cartagena **605 6424938**
 · Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**
 Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurossura.com.co arlsura.com

SECRETARÍA DE SALUD Autoridad Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				Versión: 5	Fecha de aprobación: 18/03/2025	Código: 04-01-FO-0021
1. Colaborador	Nuevo OPS	<input checked="" type="checkbox"/>	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta	Reubicado Planta		
2. Nombres y apellidos del colaborador	KAREN LORENA TORRES PEDRAZA							
3. Documento	Tipo de Documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Número: 1003366536							
4. Perfil o cargo	AUXILIAR DE ENFERMERÍA							
5. Dependencia - Proceso - Área	Kennedy URGENCIAS							
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS <input checked="" type="checkbox"/> PLANTA <input type="checkbox"/> TERCEROS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> CUAL: _____							
7. Fecha de Ingreso / Reubicación a la Subred	DÍA 12 MES 06 AÑO 2025							
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			
13/06/2025	<i>[Firma]</i>	Entrega de Clave Aula Virtual	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Se realizó Afiliación a la ARL	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Entrega de Carnet Institucional	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Sensibilización Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)				<input checked="" type="checkbox"/>		
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN			SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
25/06/25	<i>[Firma]</i>	Entrega de usuario y contraseña	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Firma digital	<input checked="" type="checkbox"/>					
FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales Encuentro de Aprendizaje Virtual	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que envía invitación para al encuentro virtual)	10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO)			SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
29/06/2025	<i>[Firma]</i>	(Este espacio debe diligenciarse 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)						
		Humanización						<i>Jefe Claudia</i>
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres						
		Participación y Adopción del Usuario						
		Gestión de la Tecnología						
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública						
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia						
		Gestión Documental						
Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI								
11. DIRECCIONES / OFICINAS								
INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)								
Lugar de Ubicación Colaborador								
Servicio donde va a desarrollar actividades								
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)								
Fecha de Finalización (D/M/A)								
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	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y/o funciones y asuntos personales.	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuoccidente.gov.co/)	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)	<input checked="" type="checkbox"/>					
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica	<input checked="" type="checkbox"/>					

Jhany An Perce
102233449

Ruta de acceso a la intranet/Almera para verificación de documentos guías. Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio				
Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)				
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)				
Procesos de auditoría interna y externa que están relacionados con su proceso.				
Información sobre programas de P y D				
Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)				
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				
Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003				
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				

JOSÉ IBRAHIM VENTURA ARROYO
 ENFERMERO J. ALMERIA
 PLANEC 00375

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

14. VALORACIÓN DEL COLABORADOR

15. VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LIDER 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 ___

Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI ___ NO ___

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 ___

Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI ___ NO ___

Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:

16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración

Bajo Medio Satisfactorio Excelente

17. FIRMA DEL COLABORADOR
KARON TOMY

18. FIRMA DEL SUPERVISOR ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO
JOSÉ IBRAHIM VENTURA ARROYO

19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO
KARON TOMY



685c7415-b650-4c72-8574-089aac1f5f62

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

KAREN LORENA TORRES PEDRAZA

ha participado y aprobado el

Paquete de capacitación de la Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 11^a. revisión (CIE-11)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 25 - Porcentaje de aprobación: 98,46 %

25 de junio de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

