

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			diana marcela daza bautista					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1030596219
CORREO ELECTRONICO:			dianamarcela.bautista1@hotmail.com			CELULAR:		3144106990
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC COORDINACIÓN PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K33-6	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			91284801500				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		5078			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1766	FECHA	2025-08-27 12:56:28.000		NÚMERO DE CRP	38384	FECHA	2025-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		TECNICO I						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL
					2025-08-14			2025-08-31
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$1,407,956			
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:						\$1,608,567		
VALOR EJECUTADO						\$1,407,956		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,407,956		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$200,611		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						88%		
El intervisor 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 y un(31) días del mes de Agosto 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								

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.	• Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato	• Se cumplió con el manual de convivencia con calidad, oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud
2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado	• Realizar alistamiento de papelería, formatos, consentimientos de VPH, Y COVID términos y paquetes fríos para la jornada diaria de vacunación	• Se realiza vacunación en la localidad de Fontibón, Kennedy, Bosa y Puente Aranda
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 a la población identificada	• En el mes se realiza seguimiento a los menores de cinco años identificados con riesgo y jornadas de vacunación en diferentes entornos	• Se realiza vacunación a la población objeto con riesgo durante el mes
4. Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes	• Realizar demanda inducida y seguimiento de vacunación en la localidad de Bosa, Kennedy, Fontibón, Puente Aranda	• Se realiza vacunación en la localidad de Bosa, Kennedy, Fontibón, Puente Aranda
5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred	• Realizar notificaciones de los eventos de interés en salud pública	• Se realiza notificación dependiendo de los eventos encontrados en el mes
6. Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	• Se realiza canalización de las actividades de vacunación según lineamientos de la secretaria de salud teniendo en cuenta la población objeto PAI según los protocolos del área vigentes	• Se realiza con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunación.
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	• Se realiza entrega de productos e informes, bases de datos y ajustes de manera oportuna cuando sea requerido	• Dar cumplimiento a al requerimiento solicitado por la SDS
8. Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control.	• Verificar los ajustes oportunos a las preauditorías	• Entregar documentos bien diligenciados para la preauditoría
9. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos	• Verificar las fechas de las entregas de los productos	• Entregar informes requeridos oportunamente
10. Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas	• Entregar informes requeridos oportunamente	• entrega de productos y respuestas
11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo	• Reportar las eventualidades que interfieran en el producto	• Reportar eventos adversos en la vacunación
12. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	• portar adecuadamente los uniformes con logos de la subred	• cuidar la imagen como funcionarios de la subred
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	• Cumplir con el uso adecuado de las chaquetas institucionales y carnet	• Portar los elementos de identificación de la institución carne uniforme y chaqueta
14. Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio	• Cumplir con el cuidado de los termos, paquetes fríos y loncheras	• Cuidar limpiar los elementos utilizados en jornadas de vacunación
15. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	• Se realiza diligenciamiento de los formatos requeridos en el punto de vacunación	• Se realiza diariamente toma de temperatura y se registra sistemáticamente
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	• Cumplir con los planes de emergencia institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud	• Responder por los biológicos o dispositivos médicos al cuidado del trabajador

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

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

DEBE A:

DIANA MARCELA DAZA BAUTISTA
C.C 1030596219 BOGOTÁ D.C.

La suma de un millón cuatrocientos siete mil novecientos cincuenta y seis pesos m/c, \$ 1.407.956 por concepto de servicios como Técnico 1 Auxiliar de enfermería en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, durante el periodo del 14 al 31 de AGOSTO del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5078 - 2025

DIANA MARCELA DAZA BAUTISTA
C.C 1030596219 BOGOTÁ D.C.
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 912848001500

de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión. Nota:
En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al
14 al 31 de agosto y una vez verificado el cumplimiento

MAIRA ALEJANDRA FONSECA SALGUERO
Apoyo a la supervisión
Programa Ampliado de Inmunizaciones

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 Diana Marcela Daza Bautista, identificado(a) con CC número 1030596219, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1030596219
NOMBRES Y APELLIDOS	Diana Marcela Daza Bautista
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/07/1991
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2025
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1030596219 DIANA MARCELA DAZA
BAUTISTA Desde 01/07/2025 - Vigente

Medellín, 25 de July de 2025

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

CERTIFICA:

Que DIANA MARCELA DAZA BAUTISTA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030596219 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 26/07/2025

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - RIESGO III

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE
PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A**

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

DIANA MARCELA DAZA BAUTISTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.596.219**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 25 de noviembre de 2011.

La presente certificación se expide el 28 de Agosto del 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.



App Porvenir | www.porvenir.com.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.596.219

DAZA BAUTISTA

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Daza

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1991

LA MESA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

A+

G.S. RH

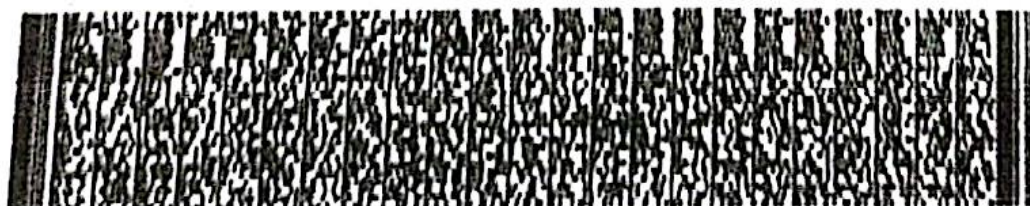
F

SEXO

06-AGO-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00173950-F-1030500219-20090829

0015534304A 1

29108949

Certificación Bancaria

Lunes, 04 de agosto de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DIANA MARCELA DAZA BAUTISTA identificado(a) con CC 1030596219, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	91284801500	2025-05-23	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

		ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				Versión: 5 Fecha de aprobación: 3/18/2025 Código: 06-00-FO-0001			
1. Colaborador		Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nueva Planta		Reubicado Planta	
2. Nombres y apellidos del colaborador		DIANA MARCELA DAZA BAUTISTA							
3. Documento		Tipo de Documento: C.C., X, C.E., Pasaporte, Visa, Número: 1030596219							
4. Perfil o cargo		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA							
5. Dependencia- Proceso - Área		DIRECCION GESTION DEL RIESGO							
6. Tipo de Vinculación		ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS, X, PLANTA, TERCEROS, OTROS, CUAL:							
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred		DÍA 14 MES AGOSTO 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	
7/10/2025	Talento humano	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	
7/10/2025	Talento humano	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 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	
7/22/2025	Norma Viviana Morales	Fecha Entrenamiento Procesos Transversales Virtual:			22	7	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		SALUD PÚBLICA							
Servicio donde va a desarrollar actividades		PAI							
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)		7/10/2025							
Fecha de Finalización (D/M/A)		7/22/2025							
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)				Maira Alejandra Fonseca Salcedo					
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)				Profesional Especializado IV					
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	
7/23/2025	Maira Fonseca	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.subredsuoccidente.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 PyD	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							
FECHA	SERVICIO	PERFIL	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
7/10/2025	COMPONENTES SALUD PUBLICA	Describir el perfil del Talento Humano	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 realizó 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 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	Diana Daza		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO	Maira Afonseca S.		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO	