

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

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

141177167521



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

7 0 0 0 5 6 4 9 7

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 3 0 5 9 6 2 1 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

DAZA

32. Segundo apellido

BAUTISTA

33. Primer nombre

DIANA

34. Otros nombres

MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 88 A 39 48 SUR BRR PATIO BONITO SEC I

42. Correo electrónico

nenithabdiana@hotmail.com

43. Código postal

1 1 0 1 1 1

44. Teléfono 1

3 1 4 4 1 0 6 9 9 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 4 0 9 1 6

Actividad secundaria

48. Código

8 6 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 5 0 5 0 5

Otras actividades

50. Código

1 2
8 6 9 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre DAZA BAUTISTA DIANA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

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

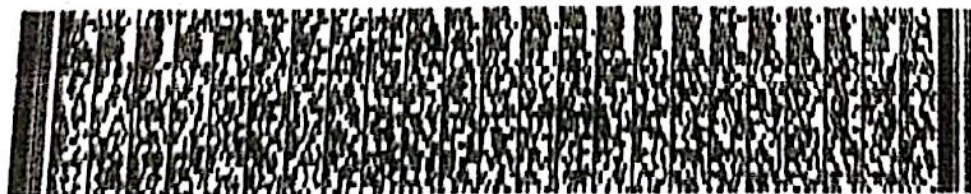
F

SEXO

06-AGO-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00173950-F-1030506219-20090829

0015534304A 1

29188949

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 ☐ Nuevo 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	REALIZACION ACTIVIDAD			OBSERVACIONES	
			SI	NO	N/A		
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		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO	
---------------------------	--	--	--	---	--