

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 13/11/2025 | 90881431 | \$441.500 | |

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 3 | 400 | 0 | 178.400 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 34.700 | | | | 34.700 | 3 | 100 | 34.800 | | | 347 | 34.800 | 1 |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | |
| SENA | | | | |
| 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1007513226 | YUDY TATIANA NOGUERA MORALES | | Calle 69sur #88i-21 | 3107964367 | yudynog0499@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |
| | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| | | | | | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLADOS |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | UPC |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 13/11/2025 | 90881431 | \$441.500 |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|---------|-----------|---------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|---------|----|----|----|----|----|----------|-----------|------------------------|----------|---------|-------------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|--------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clasificación | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SLN | IDE | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN | | | | | | |
| 1 | CC | 1007513226 | NOGUERA MORALES YUDY TATIANA | 59 | 0 | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.423.500 | 178.000 | 14-11 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA



Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados | | | | | |

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por |
|--|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> YUDY NOGUERA JULIO.zip | YUDY NOGUERA JULIO.zip | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> YUDY NOGUERA AGOSTO.zip | YUDY NOGUERA AGOSTO.zip | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> YUDI NOGUERA - SEPTIEMBRE.zip | YUDI NOGUERA - SEPTIEMBRE.zip | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> YUDY NOGUERA - OCTUBRE.zip | YUDY NOGUERA - OCTUBRE.zip | Proveedor Descargar Detalle |

Borrar

Cargar nuevo

4:24

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CAPACITACIÓN USUARIO PROTEGIDO

SELECCIONAR

RESULTADO: 100 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

UNIDAD DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES:

Pregunta requerida

PERFIL:

Pregunta requerida

FECHA:

4:24

e.almeraim.com

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CAPACITACIÓN USUARIO PROTEGIDO

SELECCIONAR

PRE TEST

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Yudy Noguera

NÚMERO DE DOCUMENTO

1007513226

UNIDAD DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES:

Hospital de Bosa

PERFIL:

Auxiliar de enfermería

FECHA:

4:14

e.almeraim.com

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Clima de seguridad del paciente 2025

¿Cuál es su perfil en esta institución?

Auxiliar de enfermería

Sede de atención

Hospital de Bosa

Cual es su cargo o actividad en la institución?

Operativo asistencial

¿Qué tipo de vinculación tiene?

Contrato por prestación de servicios

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

De 1 a 5 años

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta

4:26

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CAPACITACIÓN USUARIO PROTEGIDO

SELECCIONAR

RESULTADO: 100 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

UNIDAD DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES:

Pregunta requerida

PERFIL:

Pregunta requerida

FECHA:

4:23

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Clima de seguridad del paciente 2025

¿Cuál es su perfil en esta institución?

Clima de seguridad del paciente 2025

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

¿Qué tipo de vinculación tiene?

Pregunta requerida

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

Pregunta requerida

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CAPACITACIÓN USUARIO PROTEGIDO

SELECCIONAR

RESULTADO: 100 CALIFICACION

Aceptar

Pregunta requerida

UNIDAD DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES:

Pregunta requerida

PERFIL:

Pregunta requerida

FECHA:

| Subsecretaría de Salud Subsecretaría Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS EN PUESTO DE TRABAJO - DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | Versión: 4 | Fecha de aprobación: 4/08/2024 | Código: 04-01-FO-0024 | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------|--|--|--|
| 1. Colaborador | | Nuevo | Reubicado | Cambio de Perfil | | | | | |
| 2. Nombres y apellidos del colaborador | | Yudy Tatiana Noguera Morales | | | | | | | |
| 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: 1007513726 | | | | | | | |
| 4. Perfil | | Auxiliar de enfermería | | | | | | | |
| 5. Proceso - Área | | Hospitalario | | | | | | | |
| 6. Tipo de Vinculación | | ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS <input checked="" type="checkbox"/> PLANTA <input type="checkbox"/> TERCEROS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> CUAL <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred | | DÍA 25 MES 06 AÑO 25 | | | | | | | |
| 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 | | | | |
| 28-06 | | 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 | | | OBSERVACIONES | | | | |
| | | SI | NO | N/A | | | | | |
| | | 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 | RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento) | 10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO) | | | OBSERVACIONES | | | | |
| | | SI | NO | N/A | | | | | |
| 25-06 | | Fecha Entrenamiento Procesos Transversales Virtual: | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Seguridad y Salud en el Trabajo | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Seguridad del Paciente / Prevención de las Infecciones | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Plan de Emergencias Subred Sur Occidente | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Gestión de la Tecnología | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Eventos de Notificación Obligatoria | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Humanización | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Participación y Atención al Usuario | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | 11. DIRECCIONES / OFICINAS | | | | | | | |
| | | INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas) | | | | | | | |
| Lugar de Ubicación Colaborador: Pedagogía | | | | | | | | | |
| Servicio donde va a desarrollar actividades: Pedagogía | | | | | | | | | |
| Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A): 25-06-2025 | | | | | | | | | |
| Fecha de Finalización (D/M/A): 20-06-2025 | | | | | | | | | |
| FECHA | RESPONSABLE (Nombres y Apellidos completos) | 12. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE ACTIVIDADES TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO | | | OBSERVACIONES | | | | |
| | | SI | NO | N/A | | | | | |
| 25-06 | | 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 responsabilidad 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.subreduroccidente.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"/> | | | | | | |
| | | Ruta de acceso a la intranet/Almora para verificación de documentos guías, Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001) | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Procesos de auditoría interna y externa que están relacionados con su proceso. | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Información sobre programas de P y D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001) | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Código Almora 02-05-RES-0045-2022 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | 13. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SERVICIO | | | | | | | |

| SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento) | | PERFIL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER (Describir el perfil del padrino asignado para realizar el entrenamiento) | | URGENCIAS | | OBSERVACIONES | |
|--|----------|--|--|-----------|----|---------------|---------------|
| FECHA | SERVICIO | PERFIL | ACTIVIDADES | SI | NO | N/A | OBSERVACIONES |
| | | Médico | Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización Recibo y entrega de turno multidisciplinario Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento e higiene de manos Realizar valoración de la paciente de ginecología y obstetricia y registrar en la historia clínica Analizar el estado del paciente Notificación de evento adverso a seguridad del paciente Notificar a la enfermera del servicio los cambios que se tengan con el paciente Realizar las revistas medicas Informar sobre el estado o evolución al familiar del paciente Al egreso dar recomendaciones generales, entrega de documentos y brindar educación al paciente, su familiar y/o acompañante Asistir desde su perfil a las situaciones críticas del paciente Realizar supervisiones sanguíneas los primeros 15 minutos Realizar valoración del estado mental del paciente y registrar en la historia clínica Hacer entrega de las formulas medicas a los pacientes Buenas practicas en seguridad del paciente | | | | |
| | | Profesional en Enfermería | Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización Recibo y entrega de turno multidisciplinario Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento e higiene de manos Administración adecuada y oportuna de Medicamentos y devolución de sobrantes medico quirúrgico Darle continuidad al diligenciamiento de la hoja de ruta Asegurar que se diligencie y firme el formato de consentimiento informado de enfermería Auditoria mensual de carro de paro Colocación de catéter periféricos, toma adecuada de laboratorios Realizar pedidos a farmacia de insumos medico quirúrgico a necesidad y al almacén de manera semanal Supervisión y análisis del estado del paciente, escalas neurológicas, escalas de seguridad del paciente Brindar educación al paciente y familiar Recibo y entrega de kits obstétricos Limpieza y desinfección semanal del carro de paro y carro de medicamentos Revisión de historias clínicas para actualización de Kardex, plan de atención de enfermería, actualización de tarjetas de medicamentos Notificación de evento adverso a seguridad del paciente y gestión administrativa a la mesa de ayuda Asignación del personal según necesidades del servicio Supervisión y análisis del estado del paciente, escalas neurológicas, escalas de seguridad del paciente Asistir desde su perfil a las situaciones críticas del paciente Realizar contención verbal, medicamentosa y física al paciente agitado Realizar acompañamiento de las revistas medicas Supervisar procesos de Limpieza y desinfección de equipos biomédico y superficies Auditoria mensual de carro de paro y la revisión por turno de descarga del desfibrilador Colocación de catéter periféricos y/o centrales de inserción periférica, toma adecuada de laboratorios con las diferentes técnicas y registro en el libro de laboratorios Realizar pedidos a farmacia de insumos medico quirúrgico a necesidad y al almacén de manera semanal Revisión de historias clínicas para actualización de Kardex y plan de atención de enfermería Notificación de evento adverso a seguridad del paciente y gestión administrativa a la mesa de ayuda Asignación del personal según necesidades del servicio Inicio y seguimiento de monitoreo invasivo del paciente adulto Asistir desde su perfil a las situaciones críticas del paciente Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica (Dinámica gerencial) Participación en la revista medica Promocionar adherencia a lactancia materna | | | | |
| | | Auxiliar de enfermería | Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización Adherencia al protocolo de venopunción, toma adecuada de laboratorios Hacer inventario de pertenencias del paciente Recibo y entrega de turno multidisciplinario Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento, higiene de manos y manual de buenas practicas de seguridad del paciente Cumplir con los instructivos de limpieza y desinfección de patos, pisings y unidad de los pacientes Asegurar que se encuentre en la historia clínica en físico el formato de consentimiento informado de enfermería Inventario diario de carro de paro Adherencia al protocolo de venopunción, toma adecuada de laboratorios Hacer inventario de pertenencias con las que se puedan auto agredir y/o agredir a otras personas Asegurar que los insumos medico quirúrgicos estén disponibles en el servicio Dar cumplimiento al plan de cuidado de enfermería Notificación de evento adverso a seguridad del paciente y gestión administrativa a la mesa de ayuda Registrar en su totalidad los formatos establecidos en dinámica propios de su perfil Informar a la enfermera profesional los cambios que presente el paciente, diligenciar escalas neurológicas, escalas de seguridad del paciente Recibo y entrega de turno multidisciplinario Adherencia a procesos de seguridad del paciente, precauciones especiales de aislamiento, manual de bioseguridad e higiene de manos Informe de las alteraciones del estado del paciente por sistemas Registro de escalas de sedación, escalas neurológicas y de dolor en el paciente adulto Actividades de Humanización (Brindar información a la familia sobre horarios de visita, necesidad de elemento de higiene y cuidado del paciente, normas propias del servicio, uso adecuado de los elementos de protección personal) Ejecutar las ordenes dadas por la enfermera del servicio acorde a su perfil Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica (Dinámica gerencial) Asistir los procedimientos medicos y/o de enfermería Asistir desde su perfil a las situaciones críticas del paciente Dar cumplimiento al protocolo de manejo de cadáver Realizar los cambios de posición, actividades de higiene y confort del paciente, asistencia a la alimentación y/o oral o enteral Elaboración de inventarios de carro de paro y activos fijos del servicio Hacer acompañamiento al paciente de la unidad en actividades terapéuticas Asistir desde su perfil a las situaciones críticas del paciente Verificar y registrar en cada turno los inventarios (carro de paro, elementos y/o equipos biomédicos y ropa hospitalaria) Realizar los cuidados básicos de enfermería Realizar contención verbal, medicamentosa y física al paciente agitado | X | | | |

25-06

| | | ACTIVIDADES | | | SI | NO | N/A | OBSERVACIONES | |
|---|-----------------------|---|--|--|------|-------|---------------|---------------|---------------|
| | | Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención | | | | | | | |
| | | Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización | | | | | | | |
| | | Se realiza entrenamiento en formatos de historia clínica verificando ítema específicos de plan de manejo, plan de intervención, demanda inducida, educación al paciente, plan casero, derechos y deberes, identificación de riesgo. | | | | | | | |
| | | Se informó al colaborador frente a procesos de auditoría interna, relacionados con la adherencia a protocolos de manejo y diligenciamiento de historia clínica relacionada con su proceso | | | | | | | |
| | | Se informó al colaborador frente a programa de seguridad del paciente, especificidades como, el reporte de sucesos de seguridad, política de seguridad, indicador por servicio | | | | | | | |
| | | Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales | | | | | | | |
| | | Se informó al colaborador sobre especificidades del programa de humanización desplegado tanto para el cliente interno como para el cliente externo | | | | | | | |
| | Mencionar el Servicio | Otros perfiles (describir el perfil) | ACTIVIDADES | | | SI | NO | N/A | OBSERVACIONES |
| 14. VALORACIÓN DEL COLABORADOR | | | | | | | | | |
| Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue: | | | Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ | | | | | | | | | |
| 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. | | | Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ | | | | | | | | | |
| 16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración | | | | | Bajo | Medio | Satisfactorio | Excelente | |
| | | | | | | | | | |

Yudy Noguera

WZDany G. Stott
Ref. Enfermería



Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|---------------|-----------------|
| CC | 1014305233 | ACOSTA | RUIZ | NICOLAS | ANDRES | 2025-07 | Capital Salud | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Capital Salud | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 10/2023 | 29 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |



Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Capital Salud | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Capital Salud | 09/2022 | 1 | COTIZANTE | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación **” denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.