

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:		YENIFER YULIETH ARAQUE VILLARRAGA					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1030662776		
CORREO ELECTRONICO:	Jeni_flak96@hotmail.com			CELULAR:	6014515028		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10J02	50	KE10J04	25	KE10B03	25	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		24126598746			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		5373		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2308	FECHA	2025-11-26 15:54:20.000	NÚMERO DE CRP	51704	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2025-11-01			2025-11-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,143,836			
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:	\$7,883,784
VALOR EJECUTADO	\$5,739,948
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,143,836
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$2,143,836
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73%

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
1076436081	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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) Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral."	Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral."	Concertación de actividades Mensuales por supervisor del contrato
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumpla con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Realizar de forma adecuada el proceso de limpieza y desinfección de forma clara y oportuna
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Registros diario de los procedimientos realizados de limpieza y desinfección en los formatos establecidos para este fin
4) Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido	Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido
5) Participar en la programación de las actividades del área.	Participo en la programación de las actividades del área	Reportar eventos notificados por infecciones
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reportar eventos notificados por infecciones
7) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Reporte de fallas en los equipos a el personal de rehabilitación
8) Impartir instrucciones al personal a cargo	no aplica	no aplica
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Registro en formatos de limpieza y desinfección de terapia respiratoria
10) Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	no aplica	no aplica
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	no aplica	no aplica
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	no aplica	no aplica
13) Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio	Atención y trato humanizado con el equipo de trabajo
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Realizo acompañamiento en actividades relacionadas con calidad
15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Se realiza registro de las actividades realizadas de forma diaria
16) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Registro de uso de elementos de protección personal y cuidado de equipos biomédicos
17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	no aplica
18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Cumplimiento de los procesos de limpieza y desinfección de acuerdo a los protocolos institucionales
19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Se realiza este apoyo de acuerdo a las necesidades del servicio
20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	de acuerdo con el sistema de información de la Subred Registro en documentación de la subred mis actividades realizadas
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	No aplica	No aplica

22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego soportes de afiliación
23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	De acuerdo a las necesidades del servicio

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-27, 07:29:37 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1076436081

Periodo Cotización:

octubre de 2025

Periodo Servicio:

octubre de 2025

Referencia pago

8823528198

PAGADA 20/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YENIFER YULIETH ARAQUE VILLARRAGA		
Documento	CC1030662776	Dirección	CR 78J #54 C - 04
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3004724155
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 1030662776	YENIFER YULIETH ARAQUE VILLARRAGA	59	0																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$1,423,500	\$227,800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$1,423,500	\$178,000	2.436	\$1,423,500	\$34,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440,500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licencias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,423,500	\$1,423,500	\$1,423,500	\$0	\$227,800	\$178,000	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440,500	\$0	\$440,500



Medellín, 28 de noviembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que YENIFER YULIETH ARAQUE VILLARRAGA identificado(a) con C1030662776 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10306627762533263161



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**
1 [Modificación del contrato](#)

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 [Información general](#)**VER CONTRATO**3 [Condiciones](#)Ejecución del Contrato4 [Bienes y servicios](#)5 [Documentos del Proveedor](#)Plan de Pagos6 [Documentos del contrato](#)

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No

7 [Información presupuestal](#)8 **Ejecución del Contrato**

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

9 [Modificaciones del Contrato](#)10 [Incumplimientos](#)Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/>	CUENTA SEPTIEMBRE.pdf (Archivado)	CUENTA SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA OCTUBRE.pdf	CUENTA OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Subred Regional de Atención de Salud Sur Occidente E.S.E.		ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				Versión: 5		Fecha de aprobación: 18/03/2025		Código: 04-01-FO-0024	
1. Colaborador		Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta			
2. Nombres y apellidos del colaborador		YENIFER YULIETH ARAQUE VILLARRAGA									
3. Documento		Tipo de Documento C C _ X _ C E _ Pasaporte _ Visa _ Número 1030662776									
4. Perfil o cargo		AUXILIAR DE REHABILITACION									
5. Dependencia- Proceso - Área		REHABILITACION									
6. Tipo de Vinculación		ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS _ X _ PLANTA _ TERCEROS _ OTROS _ CUAL: _____									
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred		DIA 11 MES 09 AÑO 2025									
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO				REALIZACIÓN ACTIVIDAD			OBSERVACIONES		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A				
		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 Específico 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				REALIZACIÓN ACTIVIDAD			OBSERVACIONES		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A				
		Entrega de usuario y contraseña	X								
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes	X								
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad	X								
		Firma digital									
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 (ABSTENCIAL - ADMINISTRATIVO) (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)				REALIZACIÓN ACTIVIDAD			OBSERVACIONES		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A				
23-09 2025 7:00am A 12:30 PM.		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 - IAMI	X								
11. DIRECCIONES / OFICINAS											
INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)											
Lugar de Ubicación Colaborador		HOSPITAL DE BOSA									
Servicio donde va a desarrollar actividades		REHABILITACION HOSPITALARIA									
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)		11/09/2025									
Fecha de Finalización (D/M/A)		15/09/2025									
12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO											
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO				REALIZACIÓN ACTIVIDAD			OBSERVACIONES		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A				
10-09 2025	OLGA GIL PIRATOVA	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/Almora 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 auditoría interna y externa que están relacionados con su proceso	X								
		Información sobre programas de P y D	X								
		Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)	X								
		Eventos de interés en salud pública, que cómo, cuando y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	X								

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)			CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA					
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)			REFERENTE DE REHABILITACION					
FECHA	SERVICIO	PERFIL	URGENCIAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES	
		Médico	ACTIVIDADES					
			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 multidisciplinar					
			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	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					
			Recibo y entrega de turno multidisciplinar					
			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 quirurgico 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 quirurgico 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						
		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						
		Adherencia al protocolo de venopunción, toma adecuada de laboratorios						
		Hacer inventario de pertenencias del paciente						
		Recibo y entrega de turno multidisciplinar						

		Auxiliar de enfermería	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, piscings 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 multidisciplinar						
			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 médicos 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 vía 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						
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES		
		Terapeutas	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 ítems 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 auditoria 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				OBSERVACIONES		
			Se informo 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			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 ___			Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI ___ 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 ___			Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI ___ NO ___						
16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración						Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente
17. FIRMA DEL COLABORADOR	Yeirka Araoz		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO	Olga Gil		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO		Cristian Porras Q. Formación y Desarrollo	

hrzZLNwCwF

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

Certifica que:

JENNIFER JULIETH ARAQUE VILLARRAGA

Identificado con:

1030662776

Participó y aprobó

El Curso virtual de Seguridad del Paciente V4 - 40 Horas

Lorena Colmenares G.

Yeimy Lorena Colmenares González
Director Operativo - Dirección de Gestión del Talento Humano

“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”

Expedido en la ciudad Bogotá el 26 de November de 2025



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1030662776
NOMBRES	YENIFER YULIETH
APELLIDOS	ARAQUE VILLARRAGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	03/07/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/28/2025 17:59:25	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)