Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Yessica Alexandra Martin Rodriguez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030692736	
CORREO ELECTRONICO:	yessicamartin.med@gmail.com				CELULAR:	3204262810	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488456509378				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	7699			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2379	FECHA	2025-11-30 16:26:25.000	NÚMERO DE CRP	56075	FECHA	2025-12-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL SERVICIOS HOSPITALARIOS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-12-08		2025-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,736,000				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3,078,000
VALOR EJECUTADO	$2,736,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,736,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$342,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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
PRIMER PAGO	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 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 4. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica 5. Participar en la programación de actividades del área 6. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred 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 8.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnostico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clinica del aplicativo institucional.	Se alimenta la información en la historia clinica.
8. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente 9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad 10. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación 12. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención 13. Emitir conceptos médicos que se le requieran 14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred 15. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 16. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento 17. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la mision institucional.	Se alimenta la información en la historia clinica.
18. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado 19. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos 20. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales 21. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención.	Lista de asistencia en el caso que se genere.
22. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	N/A	N/A
23. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 24. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Certificación del pago de la planilla de manera mensual.

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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 Controlada Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YESSICA ALEXANDRA MARTIN RODRIGUEZ

C.C No. 1.030.692.736 de BOGOTA D.C

La suma de: ($2.736.000) DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS m/cte.

Por concepto de: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 8 al 31 de diciembre de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 7699-2025.



C.C No. 1.030.692.736 de BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550488456509378

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

188781310

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No X

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MARTIN	RODRIGUEZ	YESSICA	ALEXANDRA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1030692736	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro Cuál	COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
COLOMBIA	BOGOTA DC	BOGOTA DC	02 12 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No Categoría de discapacidad	Si No	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
	PORVENIR	1423500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
TRANSV 77 # 7 A 16 CASA 21	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3204262810	martinr-yessica@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA DC	BOGOTA DC		Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

A. AFILIACIÓN

	35. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2	EPS Sanitas			
B3				
B4	05 DIC 2025			
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1		VERIFICACION POR LA EPS		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

Powered by CamScanner

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Cto Médico ZONA Ia	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
INDEPENDIENTE			

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F M T NB Otro — Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
SANITAS ACT			

B. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del arcticulo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial (Código del municipio / Código del departamento)	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES:
INDependiente: 03. Novedad

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
ORANGELTDA: 901.057.703-1		

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

Powered by CamScanner

ARL

Medellin, 16 de diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **YESSICA ALEXANDRA MARTIN RODRIGUEZ** con documento de identidad **C1030692736**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YESSICA ALEXANDRA MARTIN RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.692.736**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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

ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS
DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Versión:	5
Fecha de aprobación:	18/03/2025
Código:	04-01-FO-0024

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

1. Colaborador	Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta	
2. Nombres y apellidos del colaborador	Yessica Alexandra Martin Rodriguez							
3. Documento	Tipo de Documento: C.C. X C.E. ___ Pasaporte ___ Visa ___ Número: 1030692736.							
4. Perfil o cargo	Medico general, hospitalario							
5. Dependencia- Proceso - Área	Dirección hospitalaria							
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS X PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: ___							
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA 8 MES 12 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
05/12/25	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)				

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
16/12/2025	Norma cadena	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 Especificas 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
27/11/25	Talento humano.	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	Hospital de Kennedy
Servicio donde va a desarrollar actividades	Especialidades
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	05/12/2025
Fecha de Finalización (D/M/A)	17/12/2025

12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
8/12/2025	Karla Soler	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.subredsuroccidente.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 P y D	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	
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	Rodolfo Duaite
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	Lider Hospital de Kennedy.

FECHA	SERVICIO	PERFIL	URGENCIAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
16/12/2025	Especialidades	Médico	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención	X			
			Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización	X			
			Recibo y entrega de turno multidisciplinar	X			
			Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento e higiene de manos	X			
			Realizar valoración de la paciente de ginecología y obstetricia y registrar en la historia clínica	X			
			Analizar el estado del paciente	X			
			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 criticas 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				
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención			X	
			Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización			X	
			Recibo y entrega de turno multidisciplinar			X	
			Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento e higiene de manos			X	
			Administración adecuada y oportuna de Medicamentos y devolución de sobrantes medico quirúrgico			X	
			Darle continuidad al diligenciamiento de la hoja de ruta			X	
			Asegurar que se diligencie y firme el formato de consentimiento informado de enfermería			X	
			Auditoria mensual de carro de paro			X	
			Colocación de catéter periféricos, toma adecuada de laboratorios			X	
		Profesional en Enfermería	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 criticas 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 criticas 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, piscingos 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 lo 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 criticas 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 criticas 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				
			Se informo al colaborador sobre especificidades del programa de humanización desplegado tanto para el cliente interno como para el cliente externo				

			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
	Mencionar el Servicio	Otros perfiles (describir el perfil)					

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	