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:	Norbey Alejandro Tapias Arciniegas							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1090252183		
CORREO ELECTRONICO:	tapiasarciniegas@gmail.com				CELULAR:	3144123481		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA BOSA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	B035I06	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	842006324					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	7678			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	2223	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	CAMILLERO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-12-05		2025-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,442,736				
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:	$1,623,078
VALOR EJECUTADO	$1,442,736
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,442,736
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$180,342
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
0000	$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.

carlos alberto corredor
1070020178
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) Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área.	Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área.	Apoyo asistencial brindado al profesional del servicio, contribuyendo al adecuado desarrollo de las actividades del área asignada.
2) Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Atención básica proporcionada a los pacientes, garantizando bienestar, comodidad y trato humanizado.
3) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar adecuadamente los formatos o instrumentos propios del servicio.	Formatos e instrumentos institucionales diligenciados de manera completa, legible y oportuna.
4) Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante.	Procedimientos ejecutados conforme a las órdenes médicas, protocolos y competencias establecidas.
5) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención.	Retroalimentar a la supervisión sobre dificultades del proceso de atención.	Reportes oportunos de novedades y dificultades del proceso de atención comunicados a la supervisión.
6) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	Elementos institucionales utilizados y conservados adecuadamente durante la ejecución del contrato.
7) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participar en jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos.	Participación efectiva en jornadas de capacitación, inducción y reuniones institucionales.
8) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred	Aplicación y apoyo en la implementación de los procedimientos y lineamientos institucionales.
9) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registrar las actividades realizadas en el sistema de información de la Subred.	Registros actualizados de las actividades asistenciales en el sistema de información institucional.
10) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entregar constancia de afiliación y pago a seguridad social.	Entregar constancia de afiliación y pago a seguridad social.
11) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizar las demás actividades asignadas acordes con el objeto del contrato.	Actividades complementarias ejecutadas conforme al objeto contractual.

carlos alberto corredor
1070020178
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 Sur Occidente

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) NORBEY ALEJANDRO TAPIAS ARCINIEGAS identificado(a) con CC 1090252183 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2025

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM GRANADA HILLS - PGP**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes 12 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



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:

NORBEY ALEJANDRO TAPIAS ARCINIEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.090.252.183**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 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.

Medellín, 19 de diciembre 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 NORBEY ALEJANDRO TAPIAS ARCINIEGAS identificado(a) con C1090252183 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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10902521832535359394

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

	JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ESTUDIO PREVIO PARA LA CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN	Versión	5	
		Fecha de aprobación	25/11/2024	
		Código	04-02-FO-0011	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE

DATOS DE SOLICITUD

Dependencia solicitante	Fecha de solicitud			Tipo Requerimiento Asistencial
	Día	Mes	Año	Sede HOSPITAL BOSA
JUAN MANUEL MENDIETA NOVOA DIRECTOR TÉCNICO 009	04	11	2025	Servicio URG PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS HOSPITAL BOSA

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO REQUERIDO

Justificación o Necesidad

☐ Nuevo	La Dirección de Servicios de Urgencias requiere garantizar el cumplimiento de los objetivos propios e institucionales en la prestación de los servicios de salud en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas							
☐ Antiguo	Numero de OPS: _____		Nombre completo: _____					
☑ Reemplazo de OPS	Documento de OPS 1007701866	Nombre Completo Heidy Alejandra Villanueva Quintero	Contrato 2169-2025	Motivo Terminación de contrato	Otro: ☐	Cuál:	Fecha de Retiro:	
☐ Cambio de vigencia	Numero de OPS: _____		Nombre completo: _____					

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR

Perfil	Camillero	Formación académica requerida	BACHILLER
Requiere Experiencia ☑ SI ☐ NO		Descripción de la experiencia requerida	6 MESES
Habilidades o conocimientos específicos	*Cumplir los estándares del servicio asignado siendo oportuno en la entrega de turno cumpliendo con la asignación de los mismos tramitando la historia clínica cumpliendo con la Resolución 1995 de 1999 informando a los usuarios y su familia sobre su estado de salud y toda las demás actividades que le sean		
Numero de personas requeridas	1	Requiere cursos de habilitación	☑ SI ☐ NO

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Rubro	☐ Honorarios	☐ Remuneración Servicios Técnicos	☑ Honorarios Asistencial General	☐ Asistencial PIC			
Recursos Propios	☑ SI	☐ NO	Vigencias futuras	☐ SI	☑ NO		
Convenio	☐ SI	☑ NO	Convenios				
PROYECCION Marque la casilla correspondiente según las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección del valor a contratar		☐ MES	☑ HORA	Número de horas mensuales:	186		

DESCRIPCION CONTRACTUAL

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area Asistencial 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.

ACTIVIDADES /OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área. 2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas. 3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integralidad. 4. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. 5. Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención. 6. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato 7. Participar en las jornadas de capacitación inducción reuniones y eventos a los cuales sea convocado 8. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred además de apoyar la implementación de los mismos 9. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio de acuerdo con el sistema de información de la Subred 10. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente. 11. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

SUPERVISION DEL CONTRATO

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN		NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)	
Nombre	LUZ DARY CASTRO HERRAN	Nombre	N/A
Documento	52456529	Documento	..
Perfil	ENFERMERO 243	Perfil	..

Firma de Director o Jefe de Oficina	Firma Subgerente Correspondiente
JUAN MANUEL MENDIETA NOVOA DIRECTOR TÉCNICO 009	BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS ASDINCGO SU37U01 SUBGERENTE 090

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: 1) Inhabilidades e incompatibilidades sobrevinientes. 2) Demora en el inicio de la ejecución del contrato; 2) Errores en la supervisión; 3) Riesgo relacionado al cumplimiento de sus actividades; 4) Riesgo por no asistencia a las actividades programadas; 5) Riesgo en la planeación de las actividades por realizar; 6) Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas e indicadores; 7) Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas; 8) No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la Entidad

Copia Controlada Subred Sur

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Bogotá D.C.

DOCTOR.
JUAN MANUEL MENDIETA NOVOA
DIRECTOR TÉCNICO
DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
AVENIDA 1A MAYO # 40 B 54.
KENNEDY.

Asunto: Comunicación presentación a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Respetado(a) Doctor(a):

En atención al requerimiento de fecha **11/10/2025** y radicado en la Dirección de Talento Humano para proveer un **CAMILLERO** me permito presentarle al señor(a) **TAPIAS ARCINIEGAS NORBEY ALEJANDRO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. **1090252183** quien realizará las actividades requeridas, a partir de la fecha de inicio de ejecución del contrato en el SECOP.

Cordialmente.

JAYSON GALINDO ALVIZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV.
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Aprobado por:	Jayson Galindo	Profesional Especializado IV Gestión del Talento Humano		12-2025
Revisado por:	Luis Felipe López Avendaño.	Técnico Administrativo I.		12-2025
Elaborado por:	Ivon Julieth Hernandez Rodriguez	Auxiliar Administrativo II.		12-2025

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	Versión:	5
		Fecha de aprobación:	18/03/2025
		Código:	04-01-FO-0021

1. Colaborador	Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta			
2. Nombres y apellidos del colaborador	Norbey Alejandro Tapias Arciniegas									
3. Documento	Tipo de Documento: C.C. X C.E. ___ Pasaporte ___ Visa ___						Número: 1090252793			
4. Perfil o cargo	Camillero									
5. Dependencia- Proceso - Área										
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS X PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: ___									
7. Fecha de Ingreso / Reubicación a la Subred	DIA 09 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
09/12/25		Entrega de Clave Aula Virtual				
		Se realizó Afiliación a la ARL	X			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente				
		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
09/12/25		Entrega de usuario y contraseña	X			
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes				
		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
		Humanización				
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo				
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres				
		Participación y Atención al Usuario				
		Gestión de la Tecnología				
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS				
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública				
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia				
		Gestión Documental				
		Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI				

11. DIRECCIONES / OFICINAS

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)	
Lugar de Ubicación Colaborador	
Servicio donde va a desarrollar actividades	
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	
Fecha de Finalización (D/M/A)	

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
		Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano				
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal				
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.				
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades				
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y /o funciones y asuntos personales.				
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece				
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)				
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)				
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/)				
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)				
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)				
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)				

Ruta de acceso a la Intranet/Almera para verificación de documentos guías Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio			
Manual de Bioseguridad (02-03-MA-0001)			
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)			
Procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso			
Información sobre programas de P y D			
Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)			
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			
Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003			
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			

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)	
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del rotro laboral asignado para realizar el entrenamiento)	

FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	URGENCIAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
	URGENCIAS	Médico Profesional en Enfermería Auxiliar de enfermería	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención				
			Guías de practica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias				
			Procedimiento de atención en urgencias				
			Manual del Triage				
			Procedimiento de Central de referencia y atención en traslados				
			Buenas practicas en seguridad del paciente				
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
	TRANSPORTE MEDICALIZADO	Médico Auxiliar de enfermería	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención				
			procedimiento de atención en urgencias / CICLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS				
			Guías de practica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias				
			Procedimiento de traslados internos, referencia, y contrarreferencia				
			Buenas practicas en seguridad del paciente priorizadas para servicios de urgencias				
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Conductor de Ambulancia	Procedimiento para revisión del vehículo para garantizar la operación diaria del mismo				
			Actividades de apoyo a la auxiliar de enfermería para traslados				
			Diligenciamiento de formatos de control				
			Programación para asistencia a capacitación en seguridad del paciente				
			Procedimiento para el mantenimiento de las móviles				
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Radioperador Auxiliar y bachiller	Conocer el procedimiento de referencia y contrarreferencia				
			Procedimiento de traslados internos				
			Manejo de base der datos sirc				
			Manejo de bases de datos de traslados internos				
			Establecer criterios de remisión				
			Entrenamiento en seguridad del paciente				
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
	Mencionar el Servicio	Otros perfiles (describir el perfil)	Camillero				

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

17. FIRMA DEL COLABORADOR		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO	


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.090.252.183
Apellidos
TAPIAS ARCINIEGAS
Nombres
NORBEY ALEJANDRO
Nacionalidad
COL
Estatura
1.67
Sexo
M
Fecha de nacimiento
22 NOV 2006
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
TOLEDO (NORTE DE SANTANDER)
Fecha y lugar de expedición
20 ENE 2025, CUBARA
Fecha de expiración
21 ENE 2035
Firma
Norbey Tapias


073816047
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL073836047407059<<<<<<<<<<<
0611224M3501210COL1090252183<6
TAPIAS<ARCINIEGAS<<NORBEY<ALEJ

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SUROCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

NORBEY ALEJANDRO TAPIAS

ARCINIEGAS

CC 1090252183 DE CUBARÁ -

BOYACA

La suma de $ 1.442.736 por concepto de HONORARIO DE CAMILLERO DE URGENCIAS durante el periodo de 05 a 31 de Diciembre de 2025. Equivalente a 144 horas realizadas por contrato. De conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud No.

7678-2025

Norbey Tapias

NORBEY ALEJANDRO TAPIAS

ARCINIEGAS

CC 1090252183 DE CUBARÁ -

BOYACA

CUENTA DE AHORROS BBVA

NUMERO 0842000200006324