DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MAGDA ALEJANDRA SANCHEZ MANTILLA

C.C.: 53.017.158 DE BOGOTÁ

La suma de $1.798.056 por concepto de prestaciones de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Servicio de Urgencias de Hospital de Bosa, durante el periodo de (09 al 31) de Diciembre del Año 2025, en conformidad con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios Nº 7679 -2025.



MAGDA ALEJANDRA SANCHEZ MANTILLA

C.C.: 53.017.158 DE BOGOTÁ

BANCO CAJA SOCIAL

CUENTA AHORRO

Nº 24073339151

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MAGDA ALEJANDRA SANCHEZ MANTILLA identificado(a) con Cedula Ciudadania 53017158, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250604	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Enero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
31332140

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Medellín, 28 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que MAGDA ALEJANDRA SANCHEZ MANTILLA identificado(a) con C53017158 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:C530171582602845838

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

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:

MAGDA ALEJANDRA SANCHEZ MANTILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.017.158**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Secretaría de Salud
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		Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta	
2. Nombres y apellidos del colaborador	Magda Alejandra Sánchez Mantilla							
3. Documento	Tipo de Documento: C.C. X C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: 53 017 158							
4. Perfil o cargo	Auxiliar en Enfermería							
5. Dependencia- Proceso - Área	Urgencias							
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS X PLANTA___ TERCEROS___ OTROS___ CUAL: _____							
7. Fecha de Ingreso / Reubicación a la Subred	DÍA 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
		Entrega de Clave Aula Virtual	X			
		Se realizó Afiliación a la ARL	X			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	X			
		Entrega de Carnet Institucional	X			
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)	X			
FECHA	**RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)**	**9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
		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**
		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	Urgencias
Servicio donde va a desarrollar actividades	Urgencias
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	09/12/2025
Fecha de Finalización (D/M/A)	05/01/2026

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 y manejo adecuado al sistema de historia clínica				

Powered by CamScanner

		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 (02-02-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 tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	

FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	URGENCIAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
09/12/2025	URGENCIAS	Médico Profesional en Enfermeria Auxiliar de enfermeria	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención	X			
			Guías de practica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias	X			
			Procedimiento de atención en urgencias	X			
			Manual del Triage	X			
			Procedimiento de Central de referencia y atención en traslados	X			
			Buenas practicas en seguridad del paciente	X			
	TRANSPORTE MEDICALIZADO	Médico Auxiliar de enfermeria	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			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				
		Conductor de Ambulancia	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Procedimiento para revisión del vehículo para garantizar la operación diaria del mismo				
			Actividades de apoyo a la auxiliar de enfermeria para traslados				
			Diligenciamiento de formatos de control				
			Programación para asistencia a capacitación en seguridad del paciente				
			Procedimiento para el mantenimiento de las móviles				
		Radioperador Auxiliar y bachiller	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			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				
	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 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: Apoyo en cada una de las dudas presentadas Mucha claridad con las respuestas
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	Pedro Corredor Enfermero 10/12/2025	19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO	

Powered by CamScanner