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:	HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1033680809		
CORREO ELECTRONICO:	mimaye1516@hotmail.com				CELULAR:	3132766905		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D RADIOLÓGICA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10L02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	38895741962					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2382			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	535	FECHA	2026-02-01 07:58:04.000	NÚMERO DE CRP	13862	FECHA	2026-02-18 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-02-17		2026-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,134,216				
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:	$10,255,203
VALOR EJECUTADO	$1,134,216
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,134,216
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9,120,987
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	11%

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
COLABORADOR NUEVO	$908,526	$113,566	$145,364	5	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
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
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes y diligeciamiento del formato de radiologia.	Cumplo con confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica del Paciente y el formato de radiologia	En el aplicativo dinamica realízar observaciones conrrespondientes al trabajo realizado.
"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 acabo el resgistro de los procedimientos realizados ,	Todos los estudios realizados quedan enviados a la plataformas ATRYS .
Participar en la programación de actividades del área.	Participo en todas a las actividades programadas por la direccion del servicio.	Formato de actas de las actividades programadas.
Manejar y operar equipos de radiaciones Ionizantes de acuerdo al programa de proteccion radiologia resolucion 482 de 2018 . Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	manejo equipos generadores de radiaciones Ionizantes para la toma de los estudios radiologicos	En el aplicativo dinamica reportar dosis generada en cada estudio
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporto todo evento de suceso de seguridad del paciente.	Reporto todo evento de suceso de seguridad del paciente.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, durante el manejo y operar los equipos generadores de radiaciones ionizantes.	Notifico las fallas de los equipos que opero al sistema que esta destinado para dicho proceso.Manejo los equipos utilizados para la consecucion de las imágenes	Notifico las fallas de los equipos que opero al sistema que esta destinado para dicho proceso.Manejo los equipos utilizados para la consecucion de las imágenes
participaren los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidad para el servicio	Participo en los analisis y actividades de mejora del servicio	en actas de participacion y compromiso
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	diligencio de forma adecuada los formatos establecidos por la institucion.	Aplicativo dinamica,almera e atrys
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica.	Diligencio el formato de consentimiento informado de acuerdo con la normatividad estipulada.	Formato de consentimiento informado diligenciado.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo con mi trabajo los protocolos establecidas para la ejecucion del mismo.	Estudios de imagenes diagnosticas. Cumpliamiendo las normas obligatorio del sistema obligarotio de garantia de calidad
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Corroboro mes a mes con el supervisor del area el cumplimiento de las obligaciones a las cuales estoy comprometido	Relacion de obligaciones reportadas en elo suresoc.
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 equipos y elementos que son utilizados en el desarrollo de mi actividad.	Formato de entrega de turno.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participo en todas las actividades a las cuales soy convocado .	Acta de jornada de capacitacion.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	conozco y cumplo con las campañas implementadas por la sub red	Actas de participacion.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la subred en todas las actividades dentro y fuera del hospital.	Actas de participacion.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registro las actividades a las cuales me dedico durante mi jornada laboral.	Aplicativo dinamica, avantage y almera
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente ademas anexar las certificaciones de cumplimiento en la plataforma secop II	Entrego puntualmente mes a mes el pago de los parafiscales y certificado del secop II	Planilla de aportes y secop II
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demas actividades queme sean encomendadas por mi supervisor.	estipuladas en una acta.
	N/A	N/A

Copia Certificado Subred Suroccidente

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
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

+

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ

C.C 1033680809 DE Bogotá

Dos millones novecientos treinta mil cincuenta y ocho ($ 2.930.058) Pesos M/cte., por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Imagenología 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, como TECNOLOGO EN RX durante el periodo 1 de MARZO al 31 de MARZO de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios : **2382-2026**



HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ
C.C.103368080 DE Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 38895741962
Cel.: 3132766905

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 02 / 02 / 2026

02 FEB 2025 — SUJETO A VERIFICACIÓN — Sello asesor

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Si [ ] No [ ]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS): 59

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

8. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Rivera — Segundo Apellido: Valenzuela — Primer Nombre: Heyder — Segundo Nombre: Maiyerli
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 1033680809
11. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino [ ]
12. Sexo identificación: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: País: Colombia — Departamento: Bogotá DC — Municipio: Bogotá DC
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 10-02-1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad Si [ ] No [X] — Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si [X] No [ ]
20. Clasificación SISBÉN: Nivel [ ] Grupo: C11
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Asotep plc
23. Administradora de Pensiones: Colpensiones
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1750905
25. Tarifa Contribución Solidaria: 0
26. Residencia: Calle 67A Sur # 7-046.
Teléfono Fijo: 3132664605 — Correo Electrónico: minayeli516@hotmail.com — Departamento: Bogotá
Municipio/Distrito: Bogotá DC — Localidad/Comuna: Usme
Zona: Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] 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 de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País — Departamento — Municipio
34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
					Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1	Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre															
B2	Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre															
B3	Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre															
B4	Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre															
B5	Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre															

Datos complementarios del Beneficiario

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

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V002

FOR-EPSVTA-0002

Powered by CamScanner

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1033680809, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260202	VIGENTE

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
XIMENA DEL PILAR VARGAS SIERRA	HI	1140918594	TI	20260202	No Registrada	Activo
JOSE MILCIADES VARGAS OVALLE	CP	11522676	CC	20260202	No Registrada	Activo
CRISTIAN DAVID VARGAS SIERRA	HI	1022933521	CC	20250127	20250129	Retirado

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

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,

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Scanned with CamScanner

COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 31574940

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Scanned with CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1033680809,** se encuentra afiliado/a desde **17/01/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

Medellín, 26 de febrero 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 HEIDY MARYERLI SIERRA VELASQUEZ identificado(a) con C1033680809 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:C10336808092605774019

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

Scanned with CamScanner

Medellín, 27 de marzo 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 HEIDY MARYERLI SIERRA VELASQUEZ identificado(a) con C1033680809 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:C10336808092608645427

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

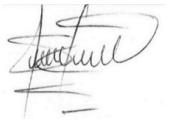
Dirección IP 10.205.28.11

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1033680809,** se encuentra afiliado/a desde **17/01/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de marzo de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sur Occidente E.S.E.

ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS
DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Versión: 6
Fecha de aprobación: 3/18/2025
Código: 04-01-FO-0022

1. Colaborador	Nuevo OPS		Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta	X	Reubicado Planta	

2. Nombres y apellidos del colaborador	HEIDY MARYERLY BIERRA VELASQUEZ
3. Documento	Tipo de Documento: C.C. _X__ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: 1033680809
4. Perfil o Cargo	TECNOLOGA EN IMÁGENES DIAGNOSTICAS
5. Dependencia - Proceso - Área	COMPLEMENTARIOS
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ___ PLANTA __X_ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____
7. Fecha de ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA __18___ MES ____02_____ AÑO ___2026_____

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
2/9/2026	IVON	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**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
2/17/2026	RAFEL MARTIN ALFONSO	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 Específicas 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	CENTRO DE SALUD TRINIDAD GALAN
Servicio donde va a desarrollar actividades	IMÁGENES DIAGNOSTICAS
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	18 DE FEBRERO DEL 2026
Fecha de Finalización (D/M/A)	27 DE FEBRERO DEL 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
2/17/2026	ALEJANDRO CASTRO CARDENAS	Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano	X			SE AJUSTA AL PERFIL REQUERIDO
		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 PyD	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			

Powered by CamScanner

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)	MILDRED ANYELA PIÑEROS RUBIANO
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	TECNOLOGIA EN IMÁGENES DIAGNOSTICAS

FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	AMBULATORIO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
	Laboratorio Clínico	**Bacteriólogo Auxiliar de laboratorio Auxiliar Administrativo**	Conocimiento de la ruta de consulta de documentos del laboratorio y manejo de la información en la sede asignada				
			Manual de Control de Calidad Interno y Externo de Laboratorio (08-03-MA-0004)				
			Manual de usuario registro de laboratorios RELAB (EX-08-03-MA-0002)				
			Plan de contingencia en el laboratorio clínico y servicio de gestión pretransfusional (08-03-PL-0001)				
			Protocolo de resultados críticos en laboratorio clínico (08-03-PT-0003)				
			Protocolo toma de exámenes de laboratorio en pacientes con IRC en programas de diálisis (08-06-PT-0011)				
			Inducción en el proceso toma de muestras de la subred				
			Guía Rápida de Manejo de Residuos Laboratorio (14-05-OD-0056)				
			Otras Guías, Instructivos, Formatos, Listas de chequeo, Manuales, Protocolos				
			Conocimientos acerca del manejo de Información actual del laboratorio y de historia clínica de la subred				
			Información a cerca de los tramites administrativos que deben realizarse dentro del desempeño de las actividades				
			Conocimiento acerca de manejo de Kardex de laboratorio e insumos				
			Programación especifica de capacitaciones en el manejo de equipos				
	Unidad Renal	**Medico Hospitalario Enfermero Auxiliar de Enfermeria Psicólogo**	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			Guías, Instructivos, Formatos, Listas de chequeo, Manuales, Protocolos				
			Manejo de complicaciones durante la terapia de hemodiálisis				
			Informe oportuno resumen de casos de eventos adversos				
			Acompañamiento al especialista nefrólogo en la evolución mensual de los pacientes en programa de pacientes en terapia crónica de diálisis.				
			Entrenamiento en manejo de máquinas nipro surdial				
			Manejo e interpretación de laboratorios del paciente en programa de diálisis.				
			Entrenamiento en unidad renal				
			Manejo de diagnósticos relacionados con los pacientes en terapia de diálisis.				
			Entrega oportuna de evoluciones mensuales de los pacientes de terapia de reemplazo renal.				
			Intervenciones integrales que fortalezcan la adherencia al tratamiento de sustitución renal.				
			Información acerca de los tramites administrativos que deben realizarse dentro del desempeño de las actividades				
	Nutrición	**Auxiliar De Cocina**	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Protocolo para entrega de dietas				
			Conocimiento y manejo de dieto terapia				
			Se informa sobre el programa de seguridad al paciente y reporte de eventos adversos				
			Se realiza reconociendo de las áreas en el servicio de alimentos.				
			Se le da información de las actividades diarias programadas.				
			Se le explica el manejo del ciclo de menús y de manual de dietas establecidos en el servicio de alimentos				
		Auxiliar De Enfermeria	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Se informa sobre el programa de seguridad al paciente y reporte de eventos adversos				
			Se realiza explicación de los procesos técnicos en la sala de extracción				
			Se realiza reconociendo de las áreas y verificación de cada una de las actividades rutinarias.				
			Se da a conocer las diferentes fórmulas artificiales que se manejan en la subred.				
			Entrenamiento para preparación de fórmulas lácteas				
			Proceso de lavado y desinfección de elementos utilizados en el área				
			Recepción y salida de fórmulas lácteas artificiales, transporte, rotulado				
			Diligenciamiento de formatos propios del área, temperaturas y muestreo de fórmulas, verificación de lavado de frascos, matriz de uso y reusó de frascos.				
			Inventario y pedido del área				
			Conocimiento en técnicas de lactancia para abordaje a las madres				
			Conocimientos en conservación de leche humana				
		Nutricionista	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Conocimiento y manejo de ruta de atención de DNT				
			Conocimiento y manejo de los formatos propios del área				
			Se informa sobre el programa de seguridad al paciente y reporte de eventos adversos				
			Se explica cómo dar respuesta a una interconsulta				
			Se explica el proceso de diligenciamiento para la elaboración del no pos y ordenes medicas				
			Se le informa cada una de las actividades rutinarias como: revista diaria para el servicio del desayuno y almuerzo.				
			Supervisión del suministro de las dietas por servicio, elaboración de refrigerios actualización y conteo de dietas en cada uno de los tiempos de comidas				
			Se le explico cómo es la realización de las juntas médicas para la aprobación de suplementos nutricionales en pacientes ambulatorios				
			Se da a conocer la ruta de atención para pacientes con desnutrición				
			Se informa del lineamiento para el manejo de la desnutrición moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses.				
			Se informa cuáles son los productos nutricionales que se manejan para recuperación terapéutica de los pacientes hospitalizados y ambulatorios				

Powered by CamScanner

27 DE FEBRERO DEL 2020	Imágenes Diagnósticas	Médico Radiólogo Medico Ginecólogo - Ecografista Tecnólogo en Imágenes Diagnosticas.	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias	X			SE AJUSTA AL PERFIL REQUERIDO
			Notificación oportuna de resultados críticos en la jornada.	X			
			Notificación de sucesos de Seguridad inmediata	X			
			Utilización de los cuatro requisitos de la correcta identificación	X			
			Utilización correcta de los elementos de protección.	X			
			Limpieza y desinfección de los equipos Biomédicos.	X			
	Patología	Médico	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Entrenamiento en la validación de los casos en el aplicativo correspondiente.				
			Conocimiento de los puntos de control establecidos en el laboratorio que se deben tener en cuenta en el estudio macroscópico y microscópico de los casos.				
			Información de los tiempos establecidos que se deben cumplir, en la generación de los informes de patología, para contribuir al alcance de las metas mensuales del indicador de oportunidad del laboratorio.				
			Información del manejo del sistema para la consulta de historias clínicas requeridas en la correlación clínico patológica.				
		Técnico	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Conocimiento de los puntos de control establecidos en el laboratorio en el procesamiento de los casos.				
			Información de la rutina y tiempos aplicados en el procesamiento y entrega del trabajo diario según los turnos de las actividades establecidas en el laboratorio.				
			Información del control de calidad de coloraciones establecido.				
			Información en el manejo de la solicitud y entrega de bloques y láminas, al personal externo, establecido en el servicio.				
		Auxiliar	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Entrenamiento en la recepción de las muestras con énfasis en la adecuada atención del público.				
			Entrenamiento en el uso del aplicativo del servicio en la radicación de las muestras recibidas.				
			Conocimiento en los puntos de control establecidos en el laboratorio en la recolección y radicación de muestras.				
			Información de los requisitos administrativos para la recepción de cadáveres para autopsias.				
			Informaciones de las actividades a realizar en los turnos asignados en el fin de semana.				
	Servicios farmacéuticos	Auxiliar servicios de salud	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Interpretación de ordenes medicas				
			Manejo del software farmacéutico				
			Mantener un registro y control de los medicamentos de control y sustancias tóxicas conservando las normas establecidas para tal fin.				
		Auxiliar administrativo	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Realización de funciones administrativas e informes estadísticos				
			Apoyar funciones contables tales como: control de inventarios, conciliación de préstamos, verificación de documentos				
			Herramientas tecnológicas y de la información para comunicarse a nivel interno y externo				
		Tecnólogo administrativo	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Reportes o informes relacionados con conciliaciones de prestamos				
			Conocimientos en contabilidad y Administración				
			Revisión de cargos de atención clínica de pacientes				
		Tecnólogo en regencia de farmacia	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Aplicación de indicador de rotación de inventarios, punto de reposición de inventarios, niveles máximos de inventarios				
			Manejo legal de medicamentos de control especial				
			Recepción Técnica de Productos Farmacéuticos				
		Químicos farmacéuticos servicio farmacéutico	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Socialización de Comités de Farmacia y Terapéutica, de Infecciones, Historias Clínicas, Seguridad del Paciente y de Bioética, de la Institución.				
			Programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos, especialmente los programas de: atención Farmacéutica, Fármaco vigilancia, Uso de antibióticos y Uso adecuado de medicamentos				
			Socialización del desarrollo de un sistema óptimo de distribución de medicamentos e insumos en la Subred. Participar en el proceso de suministro de medicamentos en lo competente al Servicio Farmacéutico con la implementación del programa de Garantía de la Calidad para Dispensación, Prescripción y Entrega				
		Químicos farmacéuticos central mezclas	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Conocimientos sobre normas concernientes a procesos de Certificación y planes de trabajo sobre el tema				
			Realización de cálculos farmacéuticos				
			Interpretación de las Ordenes medicas de Nutriciones Parenterales y cálculos para la preparación y controles de calidad				
		Químicos farmacéuticos y Biomédico con funciones de líder de producción Central de gases	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Conocimientos sobre normas concernientes a procesos de Certificación y planes de trabajo sobre el tema				
			Realización de control de calidad en la planta de producción de aire medicinal				
			Conocimientos sobre Buenas Prácticas de Manufactura en Gases Medicinales				

Powered by CamScanner

			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Químicos farmacéuticos atención farmacéutica	Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso de cada una de las actividades diarias				
			Técnicas y metodología para educar al paciente sobre los medicamentos.				
			Elaboración del perfil farmacoterapéutico				
			Interpretar la receta verifica la dosis, vía de administración, frecuencia y duración del tratamiento				
	Mencionar el Servicio	Otros perfiles (describir el perfil)	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES

14.VALORACIÒN 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: 1. Se ajusta al perfil requerido 2. Se ajusta a los requerimientos del servicio de imagenes diagnosticas 3 Se ajusta a los protocolos institucionales poniendolos en practica en pro de las nesesidades del usuario.
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	