

 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:			BLEIDIS BLANCO BARRIOS					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		22586740
CORREO ELECTRONICO:			bbleidis338@gmail.com			CELULAR:		3015918957
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC GESTIÓN DE ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DE INTERÉS SALUD PÚBLICA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K26	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BBVA COLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			583444179				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3540			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	761	FECHA	2026-03-18 12:16:26.000	NÚMERO DE CRP	15721	FECHA	2026-04-10 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2026-04-10			2026-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,365,800				
TIPO DE SERVICIOS		PIC		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:						\$9,839,707		
VALOR EJECUTADO						\$4,365,800		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,365,800		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$5,473,907		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						44%		
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	
0	\$908,526	\$113,566		\$145,364	3	\$22,132	\$281,062	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil del gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo N.6 "lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes.	Durante la inducción se abordaron los criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia requeridos para el adecuado desarrollo de las actividades inherentes al perfil del gestor (bachiller, técnico, tecnólogo o profesional), fortaleciendo las competencias necesarias para la ejecución de las acciones en salud pública.	Asistencia y participación certificada en el proceso de inducción, con apropiación de los lineamientos técnicos, normativos e institucionales necesarios para el cumplimiento adecuado de las funciones asignadas, evidenciado mediante listado de asistencia, actas de inducción y/o soportes institucionales correspondientes.
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios.	no se ejecuta obligación en el mes	sin aplica
Desarrollar acciones de control social, Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	Participación en el proceso de inducción institucional, en el cual se abordaron los lineamientos y orientaciones para el desarrollo de acciones de control social, fortalecimiento de grupos, organizaciones y redes comunitarias, así como estrategias de demanda inducida, información, sensibilización y educación en salud. Durante la inducción se socializaron los procedimientos para la canalización, agendamiento, atención familiar e individual, seguimiento de usuarios, y los protocolos para la notificación de eventos de interés en salud pública y reporte de alertas a la población identificada, en concordancia con la normatividad vigente y los lineamientos técnicos establecidos.	Asistencia y participación en el proceso de inducción, con apropiación de los conocimientos relacionados con las acciones de control social, fortalecimiento comunitario, demanda inducida, atención y seguimiento, así como los procesos de notificación en salud pública, evidenciado mediante registros de asistencia, actas y/o soportes institucionales.
Realizar seguimiento a las acciones operativas, indicadores, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	no se ejecuta obligación en el mes	sin aplica
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.	Participación en reunión de asistencia técnica en modalidad de capacitación, realizada el jueves 23 de abril a las 8:00 a.m. en la Fundación Médica Mira Tu Salud, en el marco del fortalecimiento de capacidades del talento humano. Durante la jornada se abordaron las estadísticas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y de Salud Pública, incluyendo análisis de coberturas, comportamiento de eventos de interés en salud pública y lineamientos para el mejoramiento de los indicadores, en concordancia con las directrices de la Secretaría Distrital de Salud y la Subred.	Asistencia y participación en la capacitación, con apropiación de información actualizada sobre estadísticas de PAI y salud pública, evidenciada mediante listado de asistencia y/o soportes institucionales. Fortalecimiento de conocimientos para la adecuada aplicación de lineamientos técnicos y mejora en el análisis y seguimiento de indicadores en el desarrollo de las actividades asignadas.
Reportar y actualizar el cronograma mensual de actividades e informes requeridos, productos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y o programación de cada una de las líneas de intervención.	Elaboración, actualización y reporte del cronograma mensual de actividades, conforme a la programación de las líneas de intervención y a los lineamientos establecidos por la Subred y la Secretaría Distrital de Salud. Se realizó el ajuste oportuno del cronograma teniendo en cuenta las observaciones de calidad emitidas por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, garantizando el cumplimiento de los principios de veracidad, oportunidad y calidad. Posteriormente, se efectuó el envío del cronograma mensual a través de los canales institucionales definidos, asegurando su registro en los aplicativos y/o medios establecidos.	Cronograma mensual de actividades elaborado, actualizado y enviado oportunamente, acorde a la programación institucional y lineamientos técnicos vigentes, evidenciado mediante archivo remitido y/o soportes de envío (correo electrónico, aplicativos institucionales o registros correspondientes).
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.	no se ejecuta obligación en el mes, dado que estube en proceso de inducción.	sin aplica
Realizar acompañamiento en campo a las acciones desarrolladas por los equipos operativos de entornos Mas Bienestar. (Aplica solo para el Facilitador local GSP-PSPIC)	no se ejecuta obligación en el mes	sin aplica

Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.	no se ejecuta obligación en el mes, dado que estuve en proceso de inducción.	sin aplica
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Desarrollo de las funciones asignadas manteniendo una adecuada imagen institucional, mediante comportamientos éticos, trato respetuoso y humanizado hacia los usuarios, trabajo articulado con el equipo interdisciplinario y cumplimiento de los protocolos, normas y lineamientos institucionales vigentes. Se promovió la comunicación asertiva, la responsabilidad y el sentido de pertenencia en cada una de las actuaciones realizadas en el marco de las actividades de salud pública.	Imagen institucional fortalecida a través de actuaciones individuales acordes a los principios y valores institucionales, evidenciada en la adecuada atención a los usuarios, cumplimiento de normas y lineamientos, y retroalimentación positiva en los espacios de interacción y desarrollo de actividades.
Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	Participación en proceso de inducción institucional relacionado con el uso adecuado de los elementos de identificación, insumos, equipos y papelería asignados para el desarrollo de las actividades. Durante la jornada se realizó la entrega del carné institucional y se brindaron orientaciones sobre su porte permanente, así como sobre el uso eficiente de los insumos, manejo responsable de la papelería y cuidado de los equipos asignados, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por la institución.	Recepción del carné institucional y apropiación de lineamientos para el uso adecuado de elementos de identificación, insumos, equipos y papelería, evidenciado mediante soporte de entrega y/o registros de inducción, garantizando el cumplimiento de las obligaciones contractuales y el adecuado desarrollo de las actividades.
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Participación en el proceso de inducción institucional orientado al conocimiento y cumplimiento de la normativa de gestión documental, relacionada con la organización, manejo y entrega de soportes e informes requeridos durante la ejecución del convenio. Durante la jornada se socializaron los lineamientos para el adecuado diligenciamiento de formatos, manejo de archivos, tiempos de entrega y uso de aplicativos institucionales, conforme a las disposiciones vigentes.	Asistencia y participación en la inducción en gestión documental, con apropiación de los lineamientos y procedimientos para la correcta elaboración, organización y entrega de soportes e informes, evidenciado mediante registros de asistencia y/o soportes institucionales.
Guardar completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.	Participación en el proceso de inducción institucional en el cual se socializaron los lineamientos relacionados con la confidencialidad de la información y el adecuado manejo de documentos en el marco del desarrollo del objeto contractual. Durante la jornada se abordaron las disposiciones de la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, así como las responsabilidades individuales frente al uso, acceso, almacenamiento y divulgación de la información, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente.	Asistencia y participación en la inducción sobre confidencialidad y protección de datos personales, con apropiación de los lineamientos institucionales para el manejo seguro de la información, evidenciado mediante registros de asistencia y/o soportes institucionales, asegurando el cumplimiento de las obligaciones contractuales.
Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto de este.	Participación en el proceso de inducción institucional, en el cual se socializaron las responsabilidades relacionadas con el cumplimiento de las demás actividades y apoyos requeridos por el supervisor del contrato o su delegado, en concordancia con el objeto contractual. Durante la jornada se brindaron orientaciones sobre la disposición, articulación y apoyo en las diferentes acciones institucionales, de acuerdo con las necesidades del servicio y lineamientos establecidos.	Asistencia y participación en la inducción institucional, con apropiación de los lineamientos para el cumplimiento oportuno de actividades y apoyos requeridos por el supervisor del contrato, evidenciado mediante registros de asistencia y/o soportes institucionales.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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



BOGOTÁ, Abril 24 de 2026

Señora:

BLANCO BARRIOS BLEIDIS

CC. 22586740CR 25 N 6 260 SUR - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 28 de 2026. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
BLANCO BARRIOS BLEIDIS	22586740	C	Mar-28-2026	0	81	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
BLEIDIS BLANCO BARRIOS	22586740	Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Medellín, 24 de abril 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 BLEIDIS BLANCO BARRIOS identificado(a) con C22586740 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C225867402611471099

Protección

Una empresa **SURA**

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BLANCO BARRIOS BLEIDIS** identificado(a) con **CC** número **22.586.740** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de mayo de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 24 de abril de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141239238701			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 2 5 8 6 7 4 0		6. DV 7		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 2 2 5 8 6 7 4 0	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Atlántico 0 8		30. Ciudad/Municipio Puerto Colombia 5 7 3	
31. Primer apellido BLANCO		32. Segundo apellido BARRIOS		33. Primer nombre BLEIDIS	
34. Otros nombres					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
41. Dirección principal TV 70 D BIS 6875 TO TORRES DE BELLAVISTA					
42. Correo electrónico bleidysblanco14@hotmail.com					
43. Código postal 1 1 0 1 1 1		44. Teléfono 1 3 2 2 6 8 9 8 1 9 2		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 1, 0 2 0 2		48. Código 8 2 9 9	
49. Fecha inicio actividad 2 0 1 1, 0 2 0 2		50. Código 1 2		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha 2026-03-16 / 11:21:05AM					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre BLANCO BARRIOS BLEIDIS					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22.586.740**

BLANCO BARRIOS

APELLIDOS

BLEIDIS

NOMBRES

BLEIDIS BLANCO BARRIOS

FIRMA



CS Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1984**

PUERTO COLOMBIA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

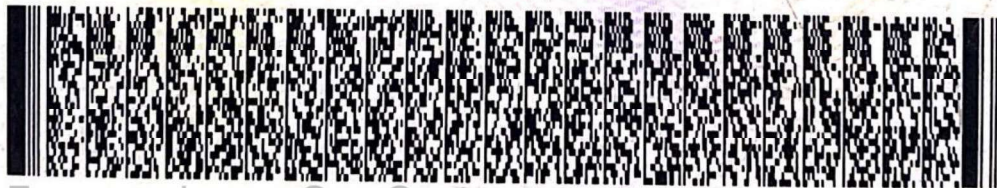
SEXO

13-NOV-2002 PUERTO COLOMBIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



CS Escaneado con CamScanner

A-0303700-00286469-F-0022586740-20110402

0026515805A 2

35302857

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

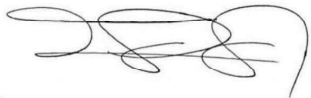
Que nuestro(a) cliente BLEIDIS BLANCO BARRIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 22,586,740 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 583444179 aperturada el 22 de mayo de 2018 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 24 de abril de 2026.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0583444179
Cuenta de 16 dígitos:	0583000200444179
Cuenta de 20 dígitos:	00130583000200444179

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE



Fecha 22/04/2026

CONTRIBUYENTE	C.C. 22586740	BLEIDIS BLANCO BARRIOS
---------------	---------------	------------------------

INFORMACIÓN BÁSICA			
Dirección:	KR 25 6 260	Teléfonos:	3226898192
Dirección electrónica:	bleidisblanco14@hotmail.com	Ciudad:	MADRID
Fecha de Inscripción:	28/02/2018	Municipio:	CUNDINAMARCA
		Soporte Inscripción:	-

PERFIL TRIBUTARIO			
Naturaleza Jurídica:	PERSONA NATURAL	Régimen tributario:	PREFERENCIAL ICA
Matrícula Mercantil:	NO	Fecha de inicio de Actividades:	02/02/2011
		Fecha de cese de Actividades:	NO
		No. Establecimientos:	0
Actividad 1:	8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.		
Actividad 2:	86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)		
Actividad 3:			
Actividad 4:			
Actividad 5:			

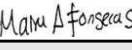
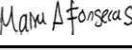
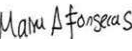
ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

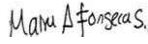
Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la
Secretaría de Hacienda Distrital.
Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD



		ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				Versión: _____ Fecha de aprobación: 18/03/2025 Código: 06-00-FO-0001	5 	
1. Colaborador	Nuevo OPS	x	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta	
2. Nombres y apellidos del colaborador	BLEIDIS BLANCO BARRIOS							
3. Documento	Tipo de Documento: C.C._X_ C.E._ Pasaporte_ Visa_ Número: 22586740							
4. Perfil o cargo	ENFERMERA							
5. Dependencia- Proceso - Área	HOSPITAL KENNEDY							
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS_X_ PLANTA_ TERCEROS_ OTROS_ CUAL: _____							
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA 10 MES 04 AÑO 2026							
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO			REALIZACIÓN ACTIVIDAD			OBSERVACIONES
					SI	NO	N/A	
15/04/2026		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
10/04/2026		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
22/04/2025		Fecha Entrenamiento Procesos Transversales Virtual:	x					
		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					
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								
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)				MAIRA ALEJANDRA FONSECA SALGUERO				
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)				MAIRA ALEJANDRA FONSECA SALGUERO				
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
10/04/2025		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 cuáles es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y/o funciones y asuntos personales.	x					
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece	x					
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)				x		
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)				x		
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuoccidente.gov.co/)	x					
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)	x					
		Adherencia lavado de manos (02-02-FC-0046)	x					
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)				x		
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica				x		
		Ruta de acceso a la intranet/Almora para verificación de documentos guías, Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio	x					

		Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)	X			
		Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales)	X			
		Procesos de auditoría interna y externa que están relacionados con su proceso,	X			
		Información sobre programas de 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

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO							
FECHA	SERVICIO	PERFIL	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
	COMPONENTES SALUD PUBLICA	Describir el perfil del Talento Humano	ACTIVIDADES				
			Presentación del espacio y/o componente	X			
			Entrega de la caja de herramientas por medio magnético (formato y explicación del informe de actividades, fechas de entrega del mismo, entrega de lineamientos o rutas, documentos de consulta, formato de cronograma o matrices)	X			
			Se informó frente a controles existentes e informes y la periodicidad con que debe presentarlos	X			
			Se informó frente a eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	X			
			Se realizó Entrenamiento en Campo - Manejo de procedimientos aplicables al proceso de trabajo	X			
			Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos	X			
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__			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	