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:	JORGE ANDRES VILLARRAGA VARGAS							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79993787		
CORREO ELECTRONICO:	javillarragav@hotmail.com				CELULAR:	7781690		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ENDODONCIA USS 50 MEXICANA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU50E08	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	125099813				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	3391			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	696	FECHA	2026-02-28 10:37:22.000	NÚMERO DE CRP	14399	FECHA	2026-03-10 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-03-09		2026-03-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,324,010						
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:	$10,623,483
VALOR EJECUTADO	$2,324,010
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,324,010
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,299,473
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	22%

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
N/A	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar las actividades, valoraciones, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad, de acuerdo con el plan integral de atención correspondiente	Adherencia a las guias de amnejo en atención al usuario, seguir lineamientos y relamento interno de la institución	Demanda Inducida; Historia Clinica, Consentimiento informado
2. Registrar de manera completa, legible, oportuna y veraz en la historia clínica el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución de cada sesión, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente	Adherencia a las guias de amnejo en atención al usuario, seguir lineamientos y relamento interno de la institución	Demanda Inducida; Historia Clinica, Consentimiento informado
3. Diligenciar el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizar su adecuado archivo	realizo la interconsulta que el paciente requiera para mejoramiento de su estado de salud, con los diferentes tipos de especialistas que requiera	Aplicación y adherencia a la referencia y contrarreferencia que se requiera
4. Solicitar exámenes paraclínicos cuando sea necesario, cumpliendo los protocolos, normas, manuales y procedimientos institucionales	Prestar el servicio de salud adecuado al usuario, dependiendo del tipo de necesidades que requiera.	Entrega de remisiones y recepción de contra remisiones para realización de actividades requeridas.
"5. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. "	Cumplo con el programa de seguridad al paciente y garantizo la atención según el grado de complejidad para su oportuno manejo clínico.	Aplicación y adherencia a guías de manejo clínico que competan a mi perfil.
6. Informar al paciente y a su familia sobre su condición de salud, plan de manejo y atención, garantizando una comunicación clara y ética	garantizo la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades con la aplicación de las guías clínicas proporcionadas para la atención.	Cumplo con la adherencia a las guías de manejo clínico y las aplico de acuerdo con las patologías presentadas en los pacientes
7. Llevar el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas, manteniendo actualizados los informes estadísticos y los sistemas de información a su cargo	Cumplo con el programa de seguridad al paciente y garantizo la atención según el grado de complejidad para su oportuno manejo clínico.	Aplicación y adherencia a guías de manejo clínico que competan a mi perfil.
8. Apoyar los procesos de costos y facturación de los servicios prestados, incluida la atención de pacientes con factura, responder por las glosas generadas por errores atribuibles a su gestión y asumir el cien por ciento cien por ciento de aquellas que le sean imputables	garantizo la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades con la aplicación de las guías clínicas proporcionadas para la atención.	Cumplo con la adherencia a las guías de manejo clínico y las aplico de acuerdo con las patologías presentadas en los pacientes
9. Revisar la agenda de citas el día anterior a la atención programada e informar oportunamente al supervisor cualquier situación que afecte la producción o el cumplimiento de metas	atención oportuna a los pacientes, según lo establecido en las agendas	inicio y finalización de actividades de manera puntual.
s 10. Elaborar y entregar de manera mensual el informe de gestión y actividades, anexándolo a la cuenta de cobro, incluyendo interconsultas, pacientes atendidos, evoluciones y demás soportes requeridos	Participo en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado.	se realiza segun se requiera
11. Adherirse a la Política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente, a través de la intranet, los eventos de notificación obligatoria, sucesos de seguridad del paciente, eventos adversos o posibles eventos adversos identificados en el ejercicio de su actividad	Cumplo con el programa de seguridad al paciente y garantizo la atención según el grado de complejidad para su oportuno manejo clínico.	Aplicación y adherencia a guías de manejo clínico que competan a mi perfil.
12. Notificar las fallas de calidad del servicio a través de los aplicativos institucionales, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas	con adherencia a los manuales de bioseguridad	realizo lavado de manos, limpieza y desinfección y segregación de residuos, para evitar contaminaciones cruzadas.
13. Elaborar e implementar planes de mejora individual derivados de auditorías de historia clínica, adherencia a guías y demás procesos evaluados que no alcancen el estándar óptimo;	Realizo adherencia a guías, formatos y protocolos.	Presento auditorias en los estándares de calidad establecidos
14. Apoyar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, y adherirse a los procesos de habilitación y acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., participando en las actividades programadas por la Subred	Realizacion de historias clinicas sistematizadas con los parametros establecidos de calidad.	Entrega de historias clínicas. consentimientos informados de manera sistematizada o física adecuadamente para su uso clínico.
15. Cumplir con el indicador de rendimiento y de producción de horas pagadas establecido para el servicio, implementando las estrategias necesarias para su logncluida la reposición de inasistencias, con el fin de garantizar el uso eficiente del tiempo contratado y el cumplimiento de las metas institucionales	realizo reposición de paciente, atención de extras y urgencias	cumplimiento de cronograma y actividades con un cumplimiento del 117%, rendimiento 3,5 y productividad 3,5 para el mes de Enero
16. Participar activamente en jornadas de inducción, capacitación, reuniones, eventos y demás actividades institucionales a las que sea convocado	cumplo con las reuniones y capacitaciones para los procesos de habitación y/o a acreditacion	realizo las adecuadas adherencias a las socialización de las oportunidades de mejora o hallazgos encontrados.
17. Brindar un trato humanizado a los usuarios, basado en calidez, seguridad, vocación de servicio, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad y oportunidad, en cumplimiento de la Política de Humanización Institucional	realizo adherencia al decálogo de humanización	aplico el decálogo de humanización proporcionado por la subred
18. Conocer, cumplir y apoyar la implementación de los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred	con adherencia a los manuales de bioseguridad	realizo lavado de manos, limpieza y desinfección y segregación de residuos, para evitar contaminaciones cruzadas.
19. Usar de manera adecuada el uniforme y el carné de identificación, conforme a los lineamientos establecidos por la institución	Mantener la identficacion con trabajadora de la institucion y utilizar EPP	Uso de carnet dentro del lugar de trabajo y EPP
20. Responder por los elementos entregados para el desarrollo de sus actividades y realizar su devolución al finalizar el contrato	Porto mi carnet que me identifica dentro de la institución al igual que los elementos de protección personal	Asiendo uso adecuado de estos elementos dentro de la institución y para mi protección y la de los pacientes

Copia certificado Subred Suroccidente

21. Entregar mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) junto con la cuenta de cobro	entrega oportuna de cuentas de cobro en fechas indicadas	presento soportes y informe de actividades de manera oportuna en fechas indicadas
22. informar oportunamente al supervisor del contrato cuando se presente un caso fortuito o de fuerza mayor que impida la asistencia a la consulta	Informo de manera oportuna a mi líder o supervisor la no asistencia, para no generar contratiempos ni molestias en los pacientes.	Realizar la reprogramación y garantizar la atención de los usuarios no atendidos.
23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato, siempre que sean acordes con el objeto contractual	• Se realizaron las actividades sujetas al contrato	• Se entrega informe

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Jorge Andres Villarraga Vargas, identificado(a) con CC número 79993787, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79993787
NOMBRES Y APELLIDOS	Jorge Andres Villarraga Vargas
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	04/05/1980
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	147 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 79993787 Trabajador Independiente Desde 12/03/2026 - Vigente N.I.T. 899999063 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Desde 01/03/2023 Hasta 01/06/2025

Generado por interfaces 26/03/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

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:

JORGE ANDRES VILLARRAGA VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.993.787**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 26 de Marzo del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ARL

Medellin, 26 de marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **JORGE ANDRES VILLARRAGA VARGAS** con documento de identidad **C79993787**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-03-10	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Versión:	6	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	18/03/2025	
		Código:	04-01-FO-0023	

1. Colaborador	Nuevo OPS	**X**	Cambio Perfil OPS	_____	Nuevo Planta	_____	Reubicado Planta	_____	
2. Nombres y apellidos del colaborador	**JORGE ANDRES VILLARRAGA**								
3. Documento	Tipo de Documento: C.C._**X**__ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: _____**79993787**_____								
4. Perfil o cargo	**ENDODONCISTA**								
5. Dependencia- Proceso - Área	**ODONTOLOGIA**								
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS _**X**__ PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____								
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA __**11**____ **MES** __**MARZO** __ **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**
11/03/2026	Talento humano	Entrega de Clave Aula Virtual	**x**			
		Se realizó Afiliación a la ARL	X			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	X			
		Entrega de Carnet Institucional	X			
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)			X	

FECHA	**RESPONSABLE** (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	**9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
11/03/2026	ingeniero tics Kennedy	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**
7/04/2026	talento humano	Humanización	**x**			**programada**
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo	**x**			
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres	**x**			
		Participación y Atención al Usuario	**x**			
		Gestión de la Tecnología	**x**			
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS	**x**			
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública	**x**			
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia	**x**			
		Gestión Documental	**x**			
		Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI	**x**			

11. DIRECCIONES / OFICINAS

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)

Lugar de Ubicación Colaborador	**Centro de salud Mexicana**
Servicio donde va a desarrollar actividades	**Odontologia**
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	**11/03/2026**
Fecha de Finalización (D/M/A)	**13/03/2026**

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	**x**			
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal	**x**			
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.	**x**			
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades	**x**			
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y /o funciones y asuntos personales.	**x**			
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece	**x**			
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)	**x**			
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)	**x**			
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/)	**x**			
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)	**x**			
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)	**x**			
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)	**x**			
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica	**X**			
		Ruta de acceso a la intranet/Almera para verificación de documentos guías . Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio	**X**			
		Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)	**x**			
		Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales)	**x**			
		Procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso.	**x**			
		Información sobre programas de P y D	**x**			
		Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)	**x**			
		Eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	**x**			
		Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003	**X**			
		RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022	**x**			

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO	
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	Ingrid Janneth Camacho Cacais
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	Enfermera /lider

FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	AMBULATORIO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
	AMBULATORIO	Médico Odontólogo (General - Especialista)	**ACTIVIDADES**				
			Socialización y evaluación de la Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (HTA) Normalización en Almera con Código EX-10-01-GP-0009 (MÉDICOS)	x			
			Socialización de: las guías, protocolos y lineamientos para el manejo de las primeras causas de morbimortalidad de los usuarios de la Subred y las Rutas integrales de Salud.	x			
			Socialización de los lineamientos en materia de Seguridad del Paciente: El correcto diligenciamiento para reporte de eventos adversos e incidentes, higienización de manos, aplicación de correctos.	x			
			* Entrenamiento en puesto de trabajo sobre el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica en sistema de información DINÁMICA y las rutas para los diferentes formatos de la historia clínica digitalizada, órdenes médicas, resultados de laboratorio, reporte de imagenología, valoración del riesgo, conciliación medicamentosa, análisis, plan de manejo y codificación de diagnósticos. * Recordar las características de la Historia: **Integralidad** en reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud; **Secuencialidad**: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención; **Racionalidad Científica** aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas al usuario, de modo que se evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó, la **Pertinencia** del diagnóstico y su plan de manejo (Solicitud de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y medicamentos formulados), * En caso de contención, el correcto diligenciamiento de los formatos de la Historia Clínica en medio físico. * El correcto diligenciamiento de los formatos para el reporte de las Enfermedades de notificación de Obligatoria. * Explicación sobre la pertinencia en las remisiones y solicitud de interconsultas.	x			
			Socialización de los lineamientos para las consultas de PyD y los diferentes programas. (Consulta y/o demanda Inducida)	x			
			Socialización de los principales lineamientos en materia de Bioseguridad de acuerdo a sus funciones y actividades que realiza.	x			
			Entrenamiento en el correcto diligenciamiento de los Registros Individuales de Prestación del Servicio (RIPS) y demás registros estadísticos primordiales para el reporte de su gestión.	x			
			Lineamientos para el adecuado manejo (Pertinencia) en la solicitud de los exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas.	x			
			Socialización de los lineamientos y recomendaciones para el correcto diligenciamientos de la formula médica, en la formulación pertinente, la conciliación medicamentosa y de acuerdo con la Contratación vigente con las EPS.	x			
			Orientación y socialización de los procedimientos autorizados de acuerdo con los contratos vigentes con las EAPB.	x			
			Lineamientos para una atención humanizada y segura.	x			
			Buenas practicas en seguridad del paciente	x			
		Auxiliar de Enfermería/Auxiliar de Consultorio / Higienista Oral	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			Socialización de: las guías, protocolos y lineamientos			x	
			Socialización de los lineamientos en materia de Seguridad del Paciente: El correcto diligenciamiento para reporte de eventos adversos e incidentes, higienización de manos, aplicación de correctos.			x	
			Entrenamiento a la auxiliar de enfermería en dinámica gerencial, solicitud de pedidos, ver agendas.			x	
			Entrenamiento a la auxiliar de consultorio odontológico en dinámica gerencial para diligenciamiento de odontograma, solicitud de pedidos, ver agendas.			x	
			Entrenamiento en el correcto diligenciamiento del aplicativo de reusó			x	
			Entrenamiento en diligenciamiento de formatos y carpetas del área que evidencian el seguimiento a los procedimientos del servicio.			x	
			Entrenamiento en limpieza, desinfección y esterilización según protocolo y manual de Bioseguridad			x	
			Lineamientos para una atención humanizada, segura y con enfoque diferencial.			x	
			Socialización de contratos vigentes y lineamientos del servicio para facturación, agendas, interconsultas y remisiones de los pacientes.			x	
			HIGIENISTA ORAL: Entrenamiento en puesto de trabajo sobre el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica en sistema de información DINÁMICA y las rutas para los diferentes formatos de la historia clínica digitalizada, según lineamiento del odontólogo, registro del plan de manejo. * En caso de contención, el correcto diligenciamiento de los formatos de la Historia Clínica en medio físico. Entrega del instructivo de diligenciamiento de Historia clínica en salud oral.			x	
		Terapistas	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			Se realiza entrenamiento en formatos de historia clínica verificando ítems específicos de plan de manejo, plan de intervención, demanda inducida, educación al paciente, plan casero, derechos y deberes, identificación de riesgo.			x	
			Se informó al colaborador frente a procesos de auditoria interna, relacionados con la adherencia a protocolos de manejo y diligenciamiento de historia clínica relacionada con su proceso			x	
			Se informó al colaborador frente a programa de seguridad del paciente, especificidades como, el reporte de sucesos de seguridad, política de seguridad, indicador por servicio			x	
			Se Informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales			x	
			Se informo al colaborador sobre especificidades del programa de humanización desplegado tanto para el cliente interno como para el cliente externo			x	
		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 ____**	**adaptación rapida a las actividades a realizar.**
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	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

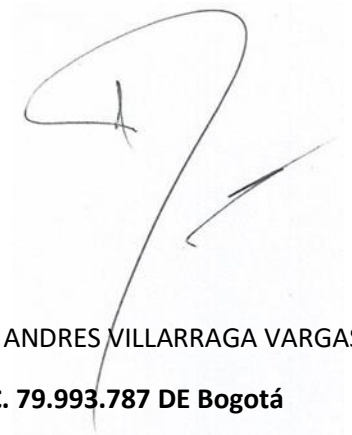
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JORGE ANDRES VILLARRAGA VARGAS

C.C 79.993.787 DE BOGOTA

La suma de dos millones trecientos veinticuatro mil diez pesos m/cte. ($2.324.010 m/cte.), por concepto de honorarios durante el periodo de 9 de marzo al 31 de marzo de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3391 de 2026.



JORGE ANDRES VILLARRAGA VARGAS

C.C. 79.993.787 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 125099813

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

oOHBaWFltb

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

Certifica que:

JORGE ANDRES VILLARRAGA VARGAS

Identificado con:

Participó y aprobó

El Curso virtual de Inducción Institucional Subred Suroccidente - OPS con una Intensidad de 4 Horas.

Lorena Colmenares G.

Yeimy Lorena Colmenares González
Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano

4 de March de 2026

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Validez 2 años