

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                           |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                                                           |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                           |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | LISETH PAOLA GOMEZ RAMIREZ                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                                       | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1116787759 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | glisethpaola@gmail.com                                    |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3103713262 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                           |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | URG OBSERVACIÓN PEDIÁTRICAS<br>HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         | Centro de costo                                           | %                   |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE11B05           | 70                        | KE11I05                                                   | 30                  |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A      |                                                           |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 550488443811838                                           |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4087                      |                                                           |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1092              | FECHA                     | 2026-05-11<br>15:35:07.000                                | NÚMERO DE CRP       | 17283                            | FECHA         | 2026-05-14<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | ESPECIALISTA EN PEDIATRIA |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                                     | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                           | 2026-06-01          |                                  |               | 2026-06-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                           | \$8,739,264         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                           |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                           |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                           |                     |                                  | \$44,588,453  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                           |                     |                                  | \$15,293,712  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                                           |                     |                                  | \$8,739,264   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                           |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                           |                     |                                  | \$29,294,741  |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                           |                     |                                  | 34%           |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 |                                                                                     |            |
| 88587485                                                                                                                                                                                                                                                     | \$2,621,779       | \$327,722                 | \$419,485                                                 | 3                   | \$63,867                         | \$811,074     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                   |                           |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| RONALD MEZA COLON<br>91446480<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                  | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                       | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.                                                                                                   | Realizo procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de las patologías dentro del plan integral de atención de cada paciente como Pediatra en los servicios de urgencias y hospitalización de acuerdo a la programación de actividades | "Historial clínico actualizado del paciente, informes de procedimientos realizados, resultados de diagnósticos y terapias en aplicativo DINAMICA "                                                              |
| 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.                                                                                                                                                             | Cumplo con las exigencias legales y éticas en el manejo adecuado de los registros clínicos de los pacientes.                                                                                                                                                                      | "Registros clínicos correctamente archivados y firmados, informes de auditoría de registros. "                                                                                                                  |
| 3. 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 un registro de las actividades e intervenciones realizadas, manteniendo actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y otros registros necesarios para cumplir con los procesos de costos y facturación.                                                  | Reportes estadísticos mensuales, registros de intervención en el sistema de gestión de salud.                                                                                                                   |
| 4. Participar en la programación de actividades del área.                                                                                                                                                                                                                   | Participo en actividades de revista y análisis de casos clínicos, evaluando y ajustando, si es necesario, el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario.                                                                                                          | Actas de reuniones de análisis de casos, informes de ajustes realizados en el plan de habilitación/rehabilitación.                                                                                              |
| 5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                              | Reporte los eventos de notificación obligatoria dentro del plazo establecido por la normatividad vigente.                                                                                                                                                                         | "Diligenciamiento de las diferentes fichas de notificación "                                                                                                                                                    |
| 6. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                     | Notifico las fallas de calidad en el servicio, participando en los análisis y acciones de mejora definidas.                                                                                                                                                                       | "Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la presentación del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio. "                                  |
| 7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.                                                                                                                                                                                | Participo en la programación de actividades de la Subred.                                                                                                                                                                                                                         | "Se dan las instrucciones para el manejo médico y tratamientos a realizar de acuerdo a las necesidades del paciente. "                                                                                          |
| 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                 | "Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la presentación del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio. "                                                                                                    | Queda diligenciamiento de formato de software dinámica                                                                                                                                                          |
| 9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.                                                                                                                                                                                                         | Informo al usuario, su familia o cuidador sobre las actividades a seguir al inicio del proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o egreso.                                                                                       | "Documento firmado de consentimiento informado, registro de seguimiento post-intervención. "                                                                                                                    |
| 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                 | Seguimiento clínico y control evolutivo del paciente pediátrico.                                                                                                                                                                                                                  | Evoluciones médicas registradas en historia clínica.                                                                                                                                                            |
| 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                        | Se realiza educación al paciente y acudiente sobre diagnóstico y tratamiento.                                                                                                                                                                                                     | Registro en historia clínica de información suministrada.                                                                                                                                                       |
| 12. Emitir los conceptos médicos que le sean requeridos.                                                                                                                                                                                                                    | Elaboración de conceptos médicos solicitados formalmente.                                                                                                                                                                                                                         | "Se da el concepto médicos en la evolución y manejo del paciente consignados en la historia clínica "                                                                                                           |
| 13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                               | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según los requerimientos de la Subred Sur Occidente.                                                                                                                                        | Desarrollando las actividades correspondientes que permite cumplir con las normas de SOGC                                                                                                                       |
| 14. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlo al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                                                                 | Realizar contrato para lo que fue designado                                                                                                                                                                                                                                       | "Cumpliendo actividades medicas asignadas con lo que se da cumplimientos al contrato asignado "                                                                                                                 |
| 15. 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 elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y los entrego a la persona encargada al finalizar el contrato.                                                                                                                               | "Usar de forma adecuada los elementos asignados para la atención de los pacientes, así mismo cuidar de los instrumentos donde se realizan las evoluciones y demás elementos para la atención de los pacientes " |
| 16. Participar en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación                                                                                                                                                                              | Participo en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los que sea convocado.                                                                                                                                           | "Participación en reuniones y capacitaciones, así mismo en las actividades de acreditación, se participa en ASEGURATE del mes. Se diligencia link de asistencia "                                               |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.                                     | Participo en investigaciones que permitan conocer y proponer nuevas alternativas de diagnóstico e intervención.                                                    | No se ha participado                                                                                                                                                                                            |
| 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.                                                                                                     | Actividad no programada ( trabajo asistencial con atención de pacientes registrados en historia clínica actividades de múltiples pacientes durante el mes en curso | "No aplica "                                                                                                                                                                                                    |
| 19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.                               | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según los requerimientos de la Subred Sur Occidente.                         | Desarrollando las actividades correspondientes que permite cumplir con las normas de SOGC                                                                                                                       |
| 20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Realizar contrato para lo que fue designado                                                                                                                        | "Cumpliendo actividades medicas asignadas con lo que se da cumplimientos al contrato asignado "                                                                                                                 |
| 21) 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 elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y los entrego a la persona encargada al finalizar el contrato.                | "Usar de forma adecuada los elementos asignados para la atención de los pacientes, así mismo cuidar de los instrumentos donde se realizan las evoluciones y demás elementos para la atencion de los pacientes " |
| 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                       | Participo en jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los que sea convocado.                            | "Participación en reuniones y capacitaciones, así mismo en las actividades de acreditación, se participa en ASEGURATE del mes. Se diligencia link de asistencia "                                               |
| 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                         | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, apoyando su implementación.                                                            | Cumplimiento de los procesos de la subred                                                                                                                                                                       |
| 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                               | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                             | Entrega de la constancia de pago de seguridad social; SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS PROFESIONALES                                                                                                                    |
| 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                               | Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                            | Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                                                         |

RONALD MEZA COLON  
91446480  
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

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
bfc62210e1177a3f79e94880e7d7b7bf94e031d0dc1b69a38daaca78e22e9f4a38b00c648796df99bf0583163d5195be

Número de Factura: LPGR-17

Fecha de Emisión: 17/06/2026

Fecha de Vencimiento: 17/07/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito

Medio de Pago: Transferecia Crédito

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GOMEZ RAMIREZ LISETH PAOLA

Nombre Comercial: GOMEZ RAMIREZ LISETH PAOLA

Nit del Emisor: 1116787759

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: C 25 D 85 B 80

Teléfono / Móvil: 3103713262

Correo: glisethpaola@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE

Tipo de Documento: Cédula de ciudadanía

Número Documento: 900959048

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CL 9 39 46

Teléfono / Móvil: 6013849160

Correo: lidersedes7@subredsueroccidente.gov.co

Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción                                      | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS |   |     |   | Precio unitario de venta |
|------|--------|--------------------------------------------------|-----|----------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------|---|-----|---|--------------------------|
|      |        |                                                  |     |          |                 |                   |                 | IVA       | % | INC | % |                          |
| 1    | 1      | HONORARIOS MEDICOS E ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA | HUR | 96,00    | \$ 91.034,00    | \$ 0,00           | \$ 0,00         |           |   |     |   | \$ 8.739.264,00          |

Notas Finales

HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA EN JUNIO DE 2026

Línea de negocio: HONORARIOS

Datos Totales



Documento generado el:  
17/06/2026 11:54:58  
Documento validado por la  
DIAN:  
17/06/2026 11:54:59  
XML Generado por: Solución  
Gratuita DIAN  
800197268  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nit:800197268

|                        |        |            |
|------------------------|--------|------------|
| MONEDA                 |        | COP        |
| TASA DE CAMBIO         |        | 0          |
| Subtotal               |        | 8739264    |
| Descuento detalle      |        | 0,00       |
| Recargo detalle        |        | 0,00       |
| Total Bruto Factura    |        | 8739264    |
| IVA                    |        | 0,00       |
| INC                    |        | 0,00       |
| Bolsas                 |        | 0,00       |
| Otros impuestos        |        | 0          |
| Total impuesto (=)     |        | 0          |
| Total neto factura (=) |        | 8739264    |
| Descuento Global (-)   |        | 0,00       |
| Recargo Global (+)     |        | 0,00       |
| Total factura (=)      | COP \$ | \$ 8739264 |

Valores informativos

|             |      |
|-------------|------|
| ANTICIPOS   |      |
| Anticipos   | 0    |
| RETENCIONES |      |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA    | 0,00 |
| Rete ICA    | 0,00 |

|                        |        |                 |
|------------------------|--------|-----------------|
| MONEDA                 |        | COP             |
| TASA DE CAMBIO         |        |                 |
| Subtotal               |        | 8.739.264,00    |
| Descuento detalle      |        | 0,00            |
| Recargo detalle        |        | 0,00            |
| Total Bruto Factura    |        | 8.739.264,00    |
| IVA                    |        | 0,00            |
| INC                    |        | 0,00            |
| Bolsas                 |        | 0,00            |
| Otros impuestos        |        | 0,00            |
| Total impuesto (=)     |        | 0,00            |
| Total neto factura (=) |        | 8.739.264,00    |
| Descuento Global (-)   |        | 0,00            |
| Recargo Global (+)     |        | 0,00            |
| Total factura (=)      | COP \$ | \$ 8.739.264,00 |

Valores informativos

|             |      |
|-------------|------|
| ANTICIPOS   |      |
| Anticipos   | 0,00 |
| RETENCIONES |      |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA    | 0,00 |
| Rete ICA    | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764082514798 Rango desde: 1 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-10-30

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                            |        |                 |                    |                        |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                                  | 1116787759        | LISETH PAOLA GOMEZ RAMIREZ |        | CL 25 D 85 C 35 | 5141414            | glisethpaola@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.    | BOGOTÁ, D.C.       |                        |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                            |        |                 |                    | NO                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 88587485        | 16/06/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                            | I               | \$2,621,779               | \$863.700          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 327.800                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 327.800       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 419.500                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 419.500       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 63.900                 |                  |       |                        | 63.900                | 0         | 0                     | 63.900              |                            |                     | 639               | 63.900        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 52.500       | 0         | 0                 | 52.500        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 327.800                             | 327.800       |
| Pensión                | 1                              | 419.500                             | 419.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 63.900                              | 63.900        |
| CCF                    | 1                              | 52.500                              | 52.500        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 863.700                             | 863.700       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                 |                    |                        |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                  | 1116787759        | LISETH PAOLA GOMEZ RAMIREZ |        | CL 25 D 85 C 35 | 5141414            | glisethpaola@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.    | BOGOTÁ, D.C.       |                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 88587485        | 16/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$2,621,779              | \$863.700          |              |

#### DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                            |           |          |            | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |    |    |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |            |             | SALUD     |      |            |                        | RIESGOS LABORALES       |                                      |                                       |          | CCF       |      |                           | PARAFISCALES |           |      |                 |            |               |           |      |               |                           |                |                |                |               |
|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------|----------|------------|-----------------------|-----------|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|------------|-------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|--------------|-----------|------|-----------------|------------|---------------|-----------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Solapado | Extranjero | Cotizar anterior      | Económico | NO | SI | TAI | TAP | VGP | VPT | SLN | KSE | LMA     | VAC | AVP | VET | IRL | CORRECCIÓN | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód.<br>ARL  | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF   | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |
| 1                     | CC<br>1116787759                      | GOMEZ RAMIREZ LISETH PAOLA | 59        | 0        |            | N                     |           |    |    |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |            | 25-14       | 2.621.779 | 30   | 419.500    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS008   | 2.621.779 | 30   | 327.800                   | 14-11        | 2.621.779 | 30   | 3               | 63.900     | CCF24         | 2.621.779 | 30   | 52.500        | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             |

Medellín, 26 de junio 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 LISETH PAOLA GOMEZ RAMIREZ identificado(a) con C1116787759 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](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11167877592617752807



## FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 25-jun-2026

El futuro  
es de todosGobierno  
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LISETH PAOLA GÓMEZ RAMÍREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1116787759 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CL 11 88 A 61 AP 103 Torre 15

Teléfonos 3103713262 3103713262

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS           | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|-------------------------------|------------------------|------------|
| YOLANDA RAMIREZ MAHECHA       | 68285788               | Madre      |
| HERNANDO DE JESUS GOMEZ NIETO | 16641684               | Padre      |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE  
RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO                            | VALOR             |
|-------------------------------------|-------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | \$ 0,00           |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00           |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00           |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00           |
| HONORARIOS                          | \$ 189.629.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00           |
| TOTAL                               | \$ 189.629.000,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA    | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| Banco Davivienda   | Cuenta de ahorros | 488443811838        | BOGOTA            | \$ 3.600.000,00    |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR   |
|--------------|-------------------------|---------|
|              |                         | \$ 0,00 |

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR           |
|-------------------|----------|-----------------|
| PERSONA           | ARRIENDO | \$ 1.200.000,00 |



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 25-jun-2026

|         |                |               |
|---------|----------------|---------------|
| ENTIDAD | PLAN CLARO     | \$ 56.499,00  |
| ENTIDAD | MOVISTAR HOGAR | \$ 100.000,00 |

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO                                                                   | NÚMERO DOCUMENTO |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                     | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> |                  |

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
|                            |                        |

3. FIRMA

Firma electrónica:  
LISETH PAOLA GÓMEZ RAMÍREZ 25/06/2026 11:17:02

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 25-jun-2026

CIUDAD Y FECHA



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

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

**Certifica que:**

***LISETH PAOLA GOMEZ RAMIREZ***

**CC 1116787759**

**Ha participado y aprobado el proceso de formación de:**

***Ejes de Acreditación***

**Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas**

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *martes, 23 de junio de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

*Andrea Elizabeth Hurtado Neira*  
Gerente

***“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”***



QR de  
verificación:





5d23b4cb-87cd-4aee-b5fd-5f767ec49a1a

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Liseth Paola Gómez Ramírez***

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

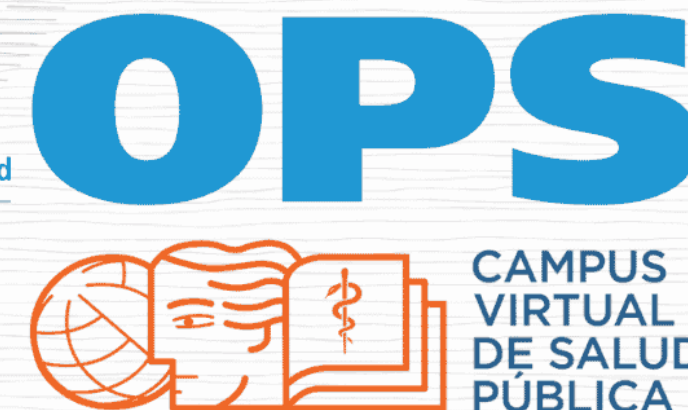
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

22 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director





|                                                                             |                                                                                                             | <b>ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS</b><br><b>DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                               |   |                   |   | Versión: 5<br>Fecha de aprobación: 18/03/2025<br>Código: 04-01-FO-0024 |  |                  |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------|---|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|
| 1. Colaborador                                                                                                                                               |                                                                                                             | Nuevo OPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | X | Cambio Perfil OPS |   | Nuevo Planta                                                           |                                                                                     | Reubicado Planta |               |
| 2. Nombres y apellidos del colaborador                                                                                                                       |                                                                                                             | GOMEZ RAMIREZ LISETH PAOLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| 3. Documento                                                                                                                                                 |                                                                                                             | Tipo de Documento: C.C. <u>X</u> C.E. <u>    </u> Pasaporte <u>    </u> Visa <u>    </u> Número: <u>1116787759</u>                                                                                                                                                                                                                           |   |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| 4. Perfil o cargo                                                                                                                                            |                                                                                                             | MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| 5. Dependencia- Proceso - Área                                                                                                                               |                                                                                                             | DIRECCIÓN HOSPITALARIA - HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| 6. Tipo de Vinculación                                                                                                                                       |                                                                                                             | ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS <u>X</u> PLANTA <u>    </u> TERCEROS <u>    </u> OTROS <u>    </u> CUAL: <u>    </u>                                                                                                                                                                                                                    |   |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| 7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred                                                                                                                 |                                                                                                             | DÍA <u>14</u> MES <u>05</u> AÑO <u>2026</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| FECHA                                                                                                                                                        | RESPONSABLE<br>(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 |
| 14/05/2026                                                                                                                                                   | Virtual                                                                                                     | 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<br>(Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)                   | 9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                   |   | SI                                                                     | NO                                                                                  | N/A              | OBSERVACIONES |
| 14/05/2026                                                                                                                                                   | Virtual                                                                                                     | Entrega de usuario y contraseña                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                             | Sensibilización formatos de historia clinica correspondientes                                                                                                                                                                                                                                                                                | X |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                             | Sensibilización acuerdos de confidencialidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                             | Firma digital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| FECHA - Entrenamiento<br>Procesos Transversales<br>(Encuentro de Aprendizaje Virtual)                                                                        | RESPONSABLE<br>(Nombres y Apellidos Completos de la persona que envía invitación para el encuentro virtual) | 10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO<br>(ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO)<br>(Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Especificas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm) |   |                   |   | SI                                                                     | NO                                                                                  | N/A              | OBSERVACIONES |
| 14/05/2026                                                                                                                                                   | Norma Vivivana Morales Prieto                                                                               | 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 |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                             | 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                                                                                                                               |                                                                                                             | HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| Servicio donde va a desarrollar actividades                                                                                                                  |                                                                                                             | URGENCIAS - HOSPITALIZACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)                                                                                                                    |                                                                                                             | 14/05/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| Fecha de Finalización (D/M/A)                                                                                                                                |                                                                                                             | 17/05/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| 12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO                                                                                                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
| FECHA                                                                                                                                                        | RESPONSABLE<br>(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 |
| 16/05/2026                                                                                                                                                   |                                                                                                             | 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 ( <a href="https://www.subredsuoccidente.gov.co/">https://www.subredsuoccidente.gov.co/</a> )                                                                                                                                                                                                                        | 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 clinica (14-06-MA-0001)                                                                                                                                                                                                                                                                      | X |                   |   |                                                                        |                                                                                     |                  |               |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                             | Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clinica                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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<br>(Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)            |                             |                           | DR. RONALD ALEXANDER MEZA COLON                                                                                                                                            |    |    |     |               |
| CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO<br>(Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento) |                             |                           | LIDER GERENCIAL                                                                                                                                                            |    |    |     |               |
| FECHA                                                                                                                                       | SERVICIO                    | PERFIL                    | URGENCIAS                                                                                                                                                                  | SI | NO | N/A | OBSERVACIONES |
| 17/05/2026                                                                                                                                  | URGENCIAS - HOSPITALIZACIÓN | Médico                    | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención                                                                                                                   | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización                                                                                   | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Recibo y entrega de turno multidisciplinar                                                                                                                                 | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento e higiene de manos                                                                               | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Realizar valoración de la paciente de ginecología y obstetricia y registrar en la historia clínica                                                                         | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Analizar el estado del paciente                                                                                                                                            | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Notificación de evento adverso a seguridad del paciente                                                                                                                    | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Notificar a la enfermera del servicio los cambios que se tengan con el paciente.                                                                                           | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Realizar las revistas medicas                                                                                                                                              | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Informar sobre el estado o evolución al familiar del paciente                                                                                                              | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Al egreso dar recomendaciones generales, entrega de documentos y brindar educación al paciente, su familiar y/o acompañante                                                | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Asistir desde su perfil a las situaciones críticas del paciente.                                                                                                           | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Realizar supervisiones sanguíneas los primeros 15 minutos                                                                                                                  | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Realizar valoración del estado mental del paciente y registrar en la historia clínica                                                                                      | X  |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Hacer entrega de las formulas medicas a los pacientes                                                                                                                      | X  |    |     |               |
| Buenas practicas en seguridad del paciente                                                                                                  | X                           |                           |                                                                                                                                                                            |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             | Profesional en Enfermería | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                | SI | NO | N/A | OBSERVACIONES |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención                                                                                                                   |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización                                                                                   |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Recibo y entrega de turno multidisciplinar                                                                                                                                 |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento e higiene de manos                                                                               |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Administración adecuada y oportuna de Medicamentos y devolución de sobrantes medico quirúrgico                                                                             |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Darle continuidad al diligenciamiento de la hoja de ruta                                                                                                                   |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Asegurar que se diligencie y firme el formato de consentimiento informado de enfermería                                                                                    |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Auditoría mensual de carro de paro                                                                                                                                         |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Colocación de catéter periféricos, toma adecuada de laboratorios                                                                                                           |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Realizar pedidos a farmacia de insumos medico quirúrgico a necesidad y al almacén de manera semanal                                                                        |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Supervisión y análisis del estado del paciente, escalas neurológicas, escalas de seguridad del paciente                                                                    |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Brindar educación al paciente y familiar                                                                                                                                   |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Recibo y entrega de kits obstétricos                                                                                                                                       |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Limpieza y desinfección semanal del carro de paro y carro de medicamentos                                                                                                  |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Revisión de historias clínicas para actualización de Kardex, plan de atención de enfermería, actualización de tarjetas de medicamentos                                     |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Notificación de evento adverso a seguridad del paciente y gestión administrativa a la mesa de ayuda                                                                        |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Asignación del personal según necesidades del servicio                                                                                                                     |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Supervisión y análisis del estado del paciente, escalas neurológicas, escalas de seguridad del paciente                                                                    |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Asistir desde su perfil a las situaciones críticas del paciente.                                                                                                           |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Realizar contención verbal, medicamentosa y física al paciente agitado                                                                                                     |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Realizar acompañamiento de las revistas medicas                                                                                                                            |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Supervisar procesos de Limpieza y desinfección de equipos biomédico y superficies                                                                                          |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Auditoría mensual de carro de paro y la revisión por turno de descarga del desfibrilador                                                                                   |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Colocación de catéter periféricos y /o centrales de inserción periférica, toma adecuada de laboratorios con las diferentes técnicas y registro en el libro de laboratorios |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Realizar pedidos a farmacia de insumos medico quirúrgico a necesidad y al almacén de manera semanal                                                                        |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Revisión de historias clínicas para actualización de Kardex y plan de atención de enfermería                                                                               |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Notificación de evento adverso a seguridad del paciente y gestión administrativa a la mesa de ayuda                                                                        |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Asignación del personal según necesidades del servicio                                                                                                                     |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Inicio y seguimiento de monitoreo invasivo del paciente adulto                                                                                                             |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Asistir desde su perfil a las situaciones críticas del paciente.                                                                                                           |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica (Dinámica gerencial)                                                                                       |    |    |     |               |
| Participación en la revista medica                                                                                                          |                             |                           |                                                                                                                                                                            |    |    |     |               |
| Promocionar adherencia a lactancia materna                                                                                                  |                             |                           |                                                                                                                                                                            |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                | SI | NO | N/A | OBSERVACIONES |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención                                                                                                                   |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización                                                                                   |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Adherencia al protocolo de venopunción, toma adecuada de laboratorios                                                                                                      |    |    |     |               |
|                                                                                                                                             |                             |                           | Hacer inventario de pertenencias del paciente                                                                                                                              |    |    |     |               |
| Recibo y entrega de turno multidisciplinar                                                                                                  |                             |                           |                                                                                                                                                                            |    |    |     |               |

|                                                                                                                                                                                                  |                       |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |               |                                                                         |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                                                                                                                                                                                                  |                       | Auxiliar de enfermería               | Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento, higiene de manos y manual de buenas practicas de seguridad del paciente<br>Cumplir con los instructivos de limpieza y desinfección de patos, piscings y unidad de los pacientes<br>Asegurar que se encuentre en la historia clínica en físico el formato de consentimiento informado de enfermería<br>Inventario diario de carro de paro<br>Adherencia al protocolo de venopunción, toma adecuada de laboratorios<br>Hacer inventario de pertenencias con las que se puedan auto agredir y/o agredir a otras personas<br>Asegurar que lo insumos medico quirúrgicos estén disponibles en el servicio<br>Dar cumplimiento al plan de cuidado de enfermería<br>Notificación de evento adverso a seguridad del paciente y gestión administrativa a la mesa de ayuda<br>Registrar en su totalidad los formatos establecidos en dinámica propios de su perfil<br>Informar a la enfermera profesional los cambios que presente el paciente, diligenciar escalas neurológicas, escalas de seguridad del paciente<br>Recibo y entrega de turno multidisciplinar<br>Adherencia a procesos de seguridad del paciente, precauciones especiales de aislamiento, manual de bioseguridad e higiene de manos<br>Informe de las alteraciones del estado del paciente por sistemas<br>Registro de escalas de sedación, escalas neurológicas y de dolor en el paciente adulto<br>Actividades de Humanización (Brindar información a la familia sobre horarios de visita, necesidad de elemento de higiene y cuidado del paciente, normas propias del servicio, uso adecuado de los elementos de protección personal)<br>Ejecutar las ordenes dadas por la enfermera del servicio acorde a su perfil<br>Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica (Dinámica gerencial)<br>Asistir los procedimientos médicos y/o de enfermería<br>Asistir desde su perfil a las situaciones críticas del paciente.<br>Dar cumplimiento al protocolo de manejo de cadáver<br>Realizar los cambios de posición, actividades de higiene y confort del paciente, asistencia a la alimentación vía oral o enteral<br>Elaboración de inventarios de carro de paro y activos fijos del servicio<br>Hacer acompañamiento al paciente de la unidad en actividades terapéuticas<br>Asistir desde su perfil a las situaciones críticas del paciente.<br>Verificar y registrar en cada turno los inventarios (carro de paro, elementos y/o equipos biomédicos y ropa hospitalaria)<br>Realizar los cuidados básicos de enfermería<br>Realizar contención verbal, medicamentosa y física al paciente agitado |                   |               |                                                                         |               |
|                                                                                                                                                                                                  |                       | Terapeutas                           | <b>ACTIVIDADES</b><br>Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención<br>Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización<br>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.<br>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<br>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<br>Se informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales<br>Se informo al colaborador sobre especificidades del programa de humanización desplegado tanto para el cliente interno como para el cliente externo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI                | NO            | N/A                                                                     | OBSERVACIONES |
|                                                                                                                                                                                                  | Mencionar el Servicio | Otros perfiles (describir el perfil) | <b>ACTIVIDADES</b><br><br><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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<br>1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____X____                                             |                       |                                      | Considere que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI ____X____ NO ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |               |                                                                         |               |
| 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.<br>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                                                                                                                                                                        | LISETH GÓMEZ          |                                      | 18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ronald Meza Colón |               | 19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO | jcc           |



Administradora de los Recursos del Sistema  
General de Seguridad Social en Salud  
ADRES

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC   | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|-----------|-----------------|
| CC                  | 1116787759            | GOMEZ           | RAMIREZ          | LISETH        | PAOLA          | 2023-07                   | Nueva Eps | COTIZANTE       |
| CC                  | 1116787759            | GOMEZ           | RAMIREZ          | LISETH        | PAOLA          | 2026-05                   | Compensar | COTIZANTE       |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 05/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |





Administradora de los Recursos del Sistema  
General de Seguridad Social en Salud  
ADRES

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 07/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 06/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 05/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 04/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 03/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 02/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 01/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 12/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 11/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 10/2022              | 3                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Nueva Eps | 09/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo "Observación \*" denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?

☐ Sí

☒ No

Id de pago      Número de factura      Fecha de emisión      Fecha de recepción      Valor total de la factura      Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por |                                                   |
|--------------------------|-------------|--------------------|-------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 4087-06.pdf | 4087-06.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
|                          |             |                    |             | <div>BorrarCargar nuevo</div>                     |
|                          |             |                    |             |                                                   |

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados