Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	Versión:	5	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	18/3/2025	
		Código:	04-01-FO-0024	

1. Colaborador	Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta		
2. Nombres y apellidos del colaborador	Maria Angelica Mendoza Caceres								
3. Documento	Tipo de Documento: C.C._X_ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: 1098802404								
4. Perfil o cargo	Pediatra								
5. Dependencia- Proceso - Área	DIRECCION HOSPITALARIA								
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS X PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____								
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA 10 MES junio AÑO 2026								

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	REALIZACIÓN ACTIVIDAD SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
10/06/2026	Jayson Galindo Alviz	Entrega de Clave Aula Virtual	X			
		Se realizó Afiliación a la ARL	X			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	X			
		Entrega de Carnet Institucional	X			
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)			X	

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
10/06/2026	Norma Constanza Cadena Gil	Entrega de usuario y contraseña	X			
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes	X			
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad	X			
		Firma digital	X			

FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que envía invitación para el encuentro virtual)	10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO) (Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Específicas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
26/06/2026	NORMA VIVIANA 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 Pediátrico Tintal
Servicio donde va a desarrollar actividades	Hospitalización
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	10/06/2026
Fecha de Finalización (D/M/A)	31/07/2026

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

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO	
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	Ronald Alexander Meza
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	Médico especialista

FECHA	SERVICIO	PERFIL	URGENCIAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
		Médico	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 criticas 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			
			ACTIVIDADES	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
		Profesional en Enfermería	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				
			Auditoria 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 criticas 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				
			Auditoria 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 criticas 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
		Auxiliar de enfermería	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				
			Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento, higiene de manos y manual de buenas practicas de seguridad del paciente				
			Cumplir con los instructivos de limpieza y desinfección de patos, piscingos y unidad de los pacientes				
			Asegurar que se encuentre en la historia clínica en físico el formato de consentimiento informado de enfermería				
			Inventario diario de carro de paro				
			Adherencia al protocolo de venopunción, toma adecuada de laboratorios				
			Hacer inventario de pertenencias con las que se puedan auto agredir y/o agredir a otras personas				
			Asegurar que lo insumos medico quirúrgicos estén disponibles en el servicio				
			Dar cumplimiento al plan de cuidado de enfermería				
			Notificación de evento adverso a seguridad del paciente y gestión administrativa a la mesa de ayuda				
			Registrar en su totalidad los formatos establecidos en dinámica propios de su perfil				
			Informar a la enfermera profesional los cambios que presente el paciente, diligenciar escalas neurológicas, escalas de seguridad del paciente				
			Recibo y entrega de turno multidisciplinar				
			Adherencia a procesos de seguridad del paciente, precauciones especiales de aislamiento, manual de bioseguridad e higiene de manos				
			Informe de las alteraciones del estado del paciente por sistemas				
			Registro de escalas de sedación, escalas neurológicas y de dolor en el paciente adulto				
			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)				
			Ejecutar las ordenes dadas por la enfermera del servicio acorde a su perfil				
			Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica (Dinámica gerencial)				
			Asistir los procedimientos médicos y/o de enfermería				
			Asistir desde su perfil a las situaciones criticas del paciente.				
			Dar cumplimiento al protocolo de manejo de cadáver				
			Realizar los cambios de posición, actividades de higiene y confort del paciente, asistencia a la alimentación vía oral o enteral				
			Elaboración de inventarios de carro de paro y activos fijos del servicio				
			Hacer acompañamiento al paciente de la unidad en actividades terapéuticas				
			Asistir desde su perfil a las situaciones criticas del paciente.				
			Verificar y registrar en cada turno los inventarios (carro de paro, elementos y/o equipos biomédicos y ropa hospitalaria)				
			Realizar los cuidados básicos de enfermería				
			Realizar contención verbal, medicamentosa y física al paciente agitado				
			ACTIVIDADES	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
		Terapeutas	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención				
			Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización				
			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.				
			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				
			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				
			Se Informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales				
			Se informo al colaborador sobre especificidades del programa de humanización desplegado tanto para el cliente interno como para el cliente externo				
	Mencionar el Servicio	**Otros perfiles (describir el perfil)**	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**

14.VALORACIÓN DEL COLABORADOR		**15.VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO**
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara **1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ___X_**	Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. **SI __X__ NO ____**	Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. **1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 _X___**	Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. **SI __X__ NO ____**	

16.CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración	**Bajo**	**Medio**	**Satisfactorio**	**Excelente**
				X

17. FIRMA DEL COLABORADOR	Ma Angelica Mendoza C.	**18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO**	Ronald Meza Colon	**19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO**	

1. COLABORADOR: **Nuevo**: Personal que ingresa o es contratado por primera vez a la Subred. **Cambio Perfil OPS**: Personal que se encuentra en la Subred y cambia de perfil para realizar otras actividades. **Nuevo Planta**: Personal que ingresa a la Subred con contrato de planta en cualquier dirección, sede o servicio. **Reubicado**: Personal de planta que se reubica dirección, sede o servicio

* REUBICADO: Para el personal reubicado se debe diligenciar los puntos (1,2,3,4,5,6,7,11,12,13,14,15,16, 17, 18 y 19)

2. NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR: Escribir nombre y los apellidos completos del colaborador

3. DOCUMENTO: Número de identificación del Colaborador

4. PERFIL: Escribir cargo o perfil contratado

5. PROCESO - ÁREA: Escribir el proceso donde desarrollará las actividades

6. TIPO DE VINCULACIÓN: Marque con una X según corresponda

7. FECHA DE INGRESO / REUBICACIÓN A LA SUBRED: Escribir fecha de ingreso o reubicación

8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Responsable de diligenciar este espacio DGTH - Administración del Talento Humano - Selección según corresponda

9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN : Responsable de enviar datos a Sistemas de Información es la DGTH - Administración del Talento Humano- Selección. La Oficina de TICS es responsable de ejecutar las actividades mencionadas

10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO: Actividad programada de manera virtual dirigida a los colaboradores nuevos (Nuevo OPS, Cambio de Perfil y Nuevo Planta). Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Específicas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm

11. DIRECCIONES / OFICINAS: Responsable de indicar la ubicación del colaborador en el servicio o subproceso

12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO: Responsable verificar y sensibilizar en las actividades transversales descritas

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO: Responsable de sensibilizar y acompañar en las actividades propias del perfil. Describir nombre completo y perfil del responsable del apoyo de entrenamiento.

14. VALORACIÓN DEL COLABORADOR: Espacio dirigido al colaborador para valorar el entrenamiento

15. VALORACIÓN DEL JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO : Espacio dirigido al padrino donde puede describir aspectos positivos y/o sugerencias para fortalecer las competencias del colaborador

16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO (Por parte del Colaborador): Calificación del Colaborador en relación al entrenamiento en actividades especificas realizado.

17. FIRMA DEL COLABORADOR: En este espacio debe firmar el colaborador que recibe el entrenamiento.

18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO: En este espacio debe firmar el responsable en realizar el entrenamiento.

19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO: En este espacio debe firmar un miembro del equipo de Formación y Desarrollo después de verificar que el formato se encuentre totalmente diligenciado y verificar que el colaborador hubiese participado en el EAC Virtual de Actividades Específicas.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA ANGELICA MENDOZA CACERES						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1098802404	
CORREO ELECTRONICO:	mmendozaca@unal.edu.co				CELULAR:	3183910864	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE11I05	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	299278903				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4358			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1279	FECHA	2026-05-31 07:44:18.000	NÚMERO DE CRP	22402	FECHA	2026-06-11 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-06-11		2026-06-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6,008,244						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$20,755,752
VALOR EJECUTADO	$6,008,244
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,008,244
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$14,747,508
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	29%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
0	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

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

Copia certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	Realizar consultas de pediatría general, urgencias y procedimientos diagnósticos/terapéuticos según guías de práctica clínica (AIEPI, GPC del MSPS)	Nota de evolución o registro de procedimiento en historia clínica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Diligenciar la historia clínica completa (anamnesis, examen físico, impresión diagnóstica, plan) cumpliendo Ley 23/1981 y Resolución 1995/1999	Historia clínica firmada, fechada y legible en el sistema
. 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	Registrar en el sistema de información de la Subred cada atención, procedimiento e intervención realizada con códigos CUPS correspondientes	Registros estadísticos y soportes de facturación actualizados
Participar en la programación de actividades del área.	Asistir a las reuniones de programación del servicio	Cronograma de actividades firmado o acta de participación
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Identificar y reportar en el SIVIGILA casos de enfermedades de notificación obligatoria (EDA, ERA, varicela, sarampión, etc.) dentro de los tiempos establecidos	Ficha de notificación obligatoria diligenciada y enviada
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	Reportar eventos adversos, incidentes o fallas de calidad a través del sistema institucional de reporte y participar en los comités de análisis	Reporte de evento adverso / acta de análisis de falla con plan de mejora
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Dar instrucciones verbales y escritas al personal de enfermería y auxiliares sobre medicamentos, dosis, vía y monitoreo de cada paciente	Orden médica clara en historia clínica o en formulario institucional
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Completar formatos institucionales (triage, remisiones, interconsultas, epicrisis) con letra legible, datos completos y en tiempo real	Formularios institucionales diligenciados y archivados
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Explicar al paciente/familia el procedimiento a realizar, resolver dudas y obtener firma antes de ejecutarlo	Consentimiento informado firmado por acudiente y médico
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Citar a controles, revisar resultados pendientes y hacer seguimiento activo a pacientes con patologías crónicas o de alto riesgo	Nota de seguimiento en historia clínica / lista de pacientes en control
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Realizar reunión de información clínica con familia al ingreso, durante la hospitalización y al egreso, explicando diagnóstico y plan	Nota de información a familia en historia clínica
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Elaborar conceptos médicos (incapacidades, certificados de salud, valoraciones para remisión) cuando sean solicitados	Concepto médico o certificado firmado y con código
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Aplicar los estándares del SOGCS en la práctica diaria (trazadores de acreditación, listas de chequeo, protocolos institucionales)	Listas de verificación diligenciadas / indicadores de calidad reportados
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Consolidar al cierre de cada mes las actividades realizadas (consultas, procedimientos, remisiones, notificaciones)	Informe mensual de actividades entregado al supervisor del contrato
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Mantener en buen estado y hacer uso responsable de los elementos asignados (estetoscopio, equipo de cómputo, insumos clínicos)	Acta de entrega/devolución de elementos al finalizar el contrato
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistir a inducciones, capacitaciones obligatorias, equipos de mejoramiento y reuniones institucionales	Registro de asistencia / constancia de participación
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Leer, apropiarse y aplicar en la práctica los protocolos, guías y procedimientos definidos por la Subred	Evidencia de aplicación en notas clínicas / check de cumplimiento
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Participar en actividades extramurales, brigadas de salud o respuesta a requerimientos interinstitucionales cuando sea convocado	Informe de actividad extramural o acta de participación

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registrar la producción asistencial al sistema de información de la Subred	Registros validados en el sistema de información institucional
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Participar en protocolos de investigación institucional: recolección de datos, análisis de casos, presentación de resultados	Base de datos, presentación de caso clínico o artículo en elaboración
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Hacer seguimiento técnico y administrativo a los contratos asignados, verificando cumplimiento de objeto y obligaciones	Informe de supervisión de contrato con sello y firma
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregar mensualmente la constancia de pago de seguridad social (salud, pensión, ARL) al supervisor del contrato	Planilla de pago al sistema de seguridad social del mes correspondiente
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Ejecutar tareas adicionales asignadas por el servicio o la dirección del hospital, acordes con el perfil profesional y contrato	Evidencia de cumplimiento según la actividad asignada (acta, informe, registro)

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

Copia Certificadd
Subred Surocciddente

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098802404	MARIA ANGELICA MENDOZA CACERES	Cra 46#22 a-89 Edificio Terranova	3183910864	mariaangelica1214@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92945478	25/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.311.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	530.000	0		0		0	0	0	0	530.000	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	678.400	0	0	0	0	0	0		678.400	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	103.300				103.300	0	0	103.300			1.033	103.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	530.000	530.000
Pensión	1	678.400	678.400
Riesgos Laborales	1	103.300	103.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.311.700	1.311.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098802404	MARIA ANGELICA MENDOZA CACERES	Cra 46#22 a-89 Edificio Terranova	3183910864	mariaangelica1214@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92945478	25/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.311.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvalo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1098802404	MENDOZA CACERES MARIA ANGELICA	59	0			N																	25-14	4.239.539	30	678.400	0	0	0	0	EPS005	4.239.539	30	530.000	14-11	4.239.539	30	3	103.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-may-2026

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA ANGELICA MENDOZA CACERES
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1098802404 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección KR 46 22 A 89 **Teléfonos** 3183910864 3183910864

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Sonia Ofelia Cáceres Camargo	63337016	Madre
Carlos Julio Cesar Mendoza Contreras	1098802404	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	$ 60.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 60.000.000,00

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 de Bogotá	Cuenta de ahorros	299278903	Bogota	$ 1.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Otro (Mueble)	Muebles	$ 8.000.000,00
Vehiculo	ipr 827	$ 40.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Maria Angelica Mendoza	Manutención	$ 4.000.000,00
Hogar	Administración mercado y servicios	$ 2.000.000,00

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 ◯ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	

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
Medica	Medica

3. FIRMA

Firma electrónica:
MARIA ANGELICA MENDOZA CACERES 27/05/2026 20:59:15

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 27-may-2026

CIUDAD Y FECHA

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARÍA ANGÉLICA MENDOZA CÁCERES

1.098.802.404 de Bucaramanga

(La suma de $ 6´008.244) **(SEIS MILLONES OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como **Especialista en pediatría**, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

de acuerdo al requerimiento institucional en el Hospital Pediátrico Tintal en el área administrativa, durante el periodo de **11 al 30 de junio de 2026** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 4358-2026.**

Ma Angélica Mendoza C.

MARÍA ANGÉLICA MENDOZA CÁCERES

1.098.802.404 de Bucaramanga

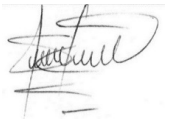
CUENTA DE BANCO DE BOGOTÁ
NUMERO 299278903

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA ANGELICA MENDOZA CACERES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098802404,** se encuentra afiliado/a desde **22/12/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de julio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Maria Angelica Mendoza Caceres, identificado(a) con CC número 1098802404, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1098802404
NOMBRES Y APELLIDOS	Maria Angelica Mendoza Caceres
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	14/12/1997
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	231 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/10/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1098802404 MARIA ANGELICA MENDOZA CACERES Desde 04/03/2025 - Vigente N.I.T. 899999063 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Desde 01/03/2023 Hasta 30/04/2026

Generado por interfaces 23/07/2026

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

ARL

Medellin, 23 de julio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **MARIA ANGELICA MENDOZA CACERES** con documento de identidad **C1098802404**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-06-11	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

a3c41fa7-d27f-4f60-8882-2f37c6dbe260

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Maria Angélica Mendoza Cáceres

ha participado y aprobado el:

Curso básico de prevención y control de infecciones multirresistentes en el hospital

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 94,00 %

3 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=a3c41fa7-d27f-4f60-8882-2f37c6dbe260