

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Angela Sofía Vargas Aranda					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1010070323
CORREO ELECTRONICO:			ndsofiavargas@gmail.com			CELULAR:		3 2 0 3 3 6 3 7 6 7
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT NUTRICION Y DIETÉTICA USS 49 INTERNACIONAL			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	FO06A35	92	FO07A38	8				
ENTIDAD FINANCIERA:		LULO BANK			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			715553287760				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4427			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1308	FECHA	2026-06-01 16:07:52.000	NÚMERO DE CRP	22417	FECHA	2026-06-11 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		NUTRICIONISTA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-11			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,494,384				
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:						\$6,235,960		
VALOR EJECUTADO						\$2,494,384		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,494,384		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$3,741,576		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						40%		
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	
certificacion de afiliacion	\$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.								
Liliana Castiblanco Mosos 52619353 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar la consulta en los servicios ambulatorios, según la agenda programada con criterios de oportunidad y calidad.	Se realizó la atención oportuna y puntual de los pacientes de consulta externa.	Se registra la historia clínica correspondiente.
2. Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente dentro de la consulta nutricional.	Se realizó la valoración nutricional de los pacientes que asistieron a consulta externa programada, por medio de la toma de datos antropométricos, anamnesis alimentaria y se realizó el diagnóstico; con base en este se realizó el plan de tratamiento de cada paciente, teniendo en cuenta las guías médicas estandarizadas.	Registro de diagnóstico, plan de tratamiento e indicaciones dadas al paciente en la historia clínica.
3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Se cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica.	Registro de diagnóstico y plan de tratamiento oportuno en la historia clínica.
4. 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	Se realizó registro de todas las actividades y procedimientos realizados a cada paciente durante la consulta nutricional.	Registro de diagnóstico y plan de tratamiento oportuno en la historia clínica.
5. Participar en la programación de las actividades de la subred.	Se participa en el asegurate del mes "Código Dorado para la atención integral de la conducta suicida"	Listado de asistencia y realización del pre test y post test de cada una de las reuniones.
6. reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Realiza notificación de los eventos de notificación obligatoria que se presentaron en el mes.	Realiza notificación de los eventos de notificación obligatoria que se presentaron en el mes. 7.
7. 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	Realiza la notificación de las fallas del servicio que presentaron en el mes	Se realizan acciones de mejora definidas para el servicio.
8. Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos nutricionales de los pacientes.	No se realizó la actividad.	No aplica
9. diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de elegibilidad, oportunidad e integralidad.	Se diligencia de manera completa, legible y oportuna la historia clínica de acuerdo con la normatividad.	Registro de la historia clínica completa y oportuna de acuerdo a la normatividad.
10. realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Se realizó el procedimiento a cada uno de los pacientes según los criterios.	Registro en la historia clínica de procedimientos y plan de manejo.
11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	No se realizó la actividad	No aplica.
12. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se dio a conocer a cada paciente y su familia el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico para el caso consultado, socializando el plan casero específico para cada patología.	Registro de entrega de plan casero, plan de tratamiento.
13. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Se realizó informe mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades y se entrega al supervisor para la verificación de cumplimiento.	Informe mensual.
14. responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Se responde por todos los elementos entregados para el desarrollo de la consulta.	Se hará entrega de los elementos asignados para el desempeño de las actividades en caso de terminación del contrato.
15. participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Se participa en capacitación de acreditación	Listado de asistencia y realización del pre test y post test de cada una de las reuniones.
16. conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Se da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Sub Red y se apoya en la implementación de los mismos, así como también se da apoyo en las actividades que fueron requeridas.	Asistir y colaborar en las actividades realizadas en el mes.se asiste a asegurate del mes tema Limpieza y desinfección
17. Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	No se realizó la actividad.	No aplica
18. registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la subred.	Se realiza reporte de las actividades en el sistema de la Sub Red.	Registro de actividades
19. realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	No se realizó la actividad.	No aplica
20. entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Se entrega con esta cuenta de cobro.	Se entrega con esta cuenta de cobro. por aplicativo suresoc
21. realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	No se realizó la actividad.	No aplica
22. Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y productos conforme a los lineamientos pactados	Se gestiona productividad	se gestiona cita extras

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
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

SURESOC-2026

Angela Sofia Vargas Aranda

Dashboard

perfil

Datos Personales

Cuenta de Cobro

Soportes OPS

OPS

Dinámica / Contraseña

Activar-Base Poblacional

Administrativo

Asistencial

Angela Sofia Vargas Aranda

NUTRICIONISTA

Contrato Actual: 4427-2026

3 2 0 3 3 6 3 7 6 7

ndsofiavargas@gmail.com

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

No. de documento
1010070323

Sede
SUBRED

Banco
LULO BANK

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
715553287760

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 30/07/2026.

RELACION DE CUENTAS 312676

Buscar

CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
312676	4427	2026-06-11 / 2026-06-30	\$2,494,384	\$2,494,384	40	\$3,741,576	● APROBADA	

Filas por página: 5 1 - 1 de 1 |< < > >|

RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES

COPIAR OBLIGACIONES

CREAR OBLIGACIONES +

NO	CONTRATO	NO. DE OBLIGACIONES	ACCIONES
1	4427	22	CONSULTAR / EDITAR

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT:900.959.048-4

DEBEA:

ANGELA SOFIA VARGAS ARANDA

C.C: 1.010.070.323 DE BOGOTA

La suma de \$ 2.494.384 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Nutrición 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. Durante el periodo de 11 al 30 de junio de 2026 por 124 horas de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4427-2026



ANGELA SOFIA VARGAS ARANDA

C.C. 1.010.070.323 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS LULO BANK

NUMERO 715553287760

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGELA SOFIA VARGAS ARANDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.070.323**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Junio del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 17 de junio de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que ANGELA SOFIA VARGAS ARANDA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1010070323 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 12/06/2026

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - RIESGO III

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2.436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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

C798251152616838907

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

17/06/2026 10.48 AM



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANGELA SOFIA VARGAS ARANDA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1010070323** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1010070323
NOMBRES Y APELLIDOS	ANGELA SOFIA VARGAS ARANDA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	02/01/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 25/06/2026

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

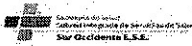
EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

		ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS		Versión: 8 Fecha de aprobación: 18/03/2025 Código: 04-01-FO-0023		
1. Colaborador	Nuevo OPS ☒ Cambio Perfil OPS ☐ Nueva Planta ☐ Reubicado Planta ☐					
2. Nombres y apellidos del colaborador	Vargas Aranda Angela Sofia					
3. Documento	Tipo de Documento: C.C.V. ☒ C.E. ☐ Pasaporte ☐ Visa ☐ Número: 1010670323					
4. Perfil o cargo	Nutricionista					
5. Dependencia- Proceso - Área	Gestión Clínica Ambulatoria					
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ☒ PLANTA ☐ TERCEROS ☐ OTROS ☐ CUAL: _____					
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA 12 MES 6 AÑO 2026					
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	REALIZACIÓN ACTIVIDAD			
16-6-2026		Entrega de Clave Aula Virtual Se realizó Afiliación a la ARL Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente Entrega de Carnet Institucional Sensibilización Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
16-06-2026		Entrega de usuario y contraseña Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes Sensibilización acuerdos de confidencialidad Firma digital	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento para el encuentro virtual)	III. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (Este espacio debe diligenciarse después de la socialización 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 2:00pm)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
23-6-2026		Humanización Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres Participación y Atención al Usuario Gestión de la Tecnología Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia Gestión Documental Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
11. DIRECCIONES / OFICINAS						
INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)						
Lugar de Ubicación Colaborador	Centro de Salud Zanatamarca					
Servicio donde va a desarrollar actividades	Nutrición					
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	12-6-2026					
Fecha de Finalización (D/M/A)	18-6-2026					
12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO						
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
24-6-2026	Diana Rodriguez Rubiano	Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios. Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de responsabilidad frente a sus actividades Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y/o funciones y asuntos personales. Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018) Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004) Portal de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/) Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006) Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046) Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001) Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica Ruta de acceso a la intranet/Almira para verificación de documentos guías, Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001) 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) Procesos de auditoría interna y externa que están relacionados con su proceso. Información sobre programas de P y D Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001) Eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, si diligenciamiento correcto y claro de las fechas de notificación Manual de Referencia y contrareferencia 09-03-PR-0003 RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almira 02-05-RES-0045-2022	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES

11. 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)			Liliana Castiblanco Moscos				
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)			Profesional especializado - Lider sede				
FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	AMBITO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
24-6 2026	AMBULATORIO	Médico Odontólogo (General - Especialista)	ACTIVIDADES				
			Socialización y evaluación de la Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (HTA) Normalización en Almere con Código EX-10-01-GP-0009 (MEDICOS)	X			
			Socialización de las guías, protocolos y lineamientos para el manejo de las primeras causas de mortalidad de los usuarios de la Salud y los Rutas Integrales de Salud	X			
			Socialización de los lineamientos en materia de Seguridad del Paciente. El correcto diligenciamiento para reporte de eventos adversos e incidentes, higienización de manos, aplicación de correctos.	X			
			* Entrenamiento en puesto de trabajo sobre el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica en sistema de información DINAMICA y las rutas para los diferentes formatos de la historia clínica digitalizada, órdenes médicas, resultados de laboratorio, reporte de imagenología, valoración del riesgo, conciliación medicamentosa, análisis, plan de manejo y codificación de diagnósticos.				
			* Recordar las características de la Historia: Integralidad en reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud. Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención; Racionalidad Científica aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas al usuario, de modo que se evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó, la Pertinencia del diagnóstico y su plan de manejo (Solución de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y medicamentos formulados).	X			
			* En caso de contención, el correcto diligenciamiento de los formatos de la Historia Clínica en medio físico.				
			* El correcto diligenciamiento de los formatos para el reporte de las Enfermedades de notificación de Obligatoria.				
			* Explicación sobre la pertinencia en las remisiones y solicitud de interconsultas.				
			Socialización de los lineamientos para las consultas de PyD y los diferentes programas. (Consulta y/o demanda inducida)	X			
Socialización de los principales lineamientos en materia de Bioseguridad de acuerdo a sus funciones y actividades que realiza.	X						
Entrenamiento en el correcto diligenciamiento de los Registros Individuales de Prestación del Servicio (RIPS) y demás registros estadísticos primordiales para el reporte de su gestión.	X						
Lineamientos para el adecuado manejo (Pertinencia) en la solicitud de los exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas.	X						
Socialización de los lineamientos y recomendaciones para el correcto diligenciamiento de la fórmula médica, en la formulación pertinente, la conciliación medicamentosa y de acuerdo con la Contratación vigente con las EPS.	X						
Orientación y socialización de los procedimientos autorizados de acuerdo con los contratos vigentes con las EAPB.	X						
Lineamientos para una atención humanizada y segura.	X						
Buenas prácticas en seguridad del paciente	X						
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Auxiliar de Enfermería/Auxiliar de Consultorio / Higienista Oral	Socialización de las guías, protocolos y lineamientos.				
	Socialización de los lineamientos en materia de Seguridad del Paciente. El correcto diligenciamiento para reporte de eventos adversos e incidentes, higienización de manos, aplicación de correctos.						
	Entrenamiento a la auxiliar de enfermería en dinámica gerencial, solicitud de pedidos, ver agendas.						
	Entrenamiento a la auxiliar de consultorio odontológico en dinámica gerencial para diligenciamiento de odontograma, solicitud de pedidos, ver agendas.						
	Entrenamiento en el correcto diligenciamiento del aplicativo de usuario						
	Entrenamiento en diligenciamiento de formatos y carpetas del área que evidencian el seguimiento a los procedimientos del servicio.						
	Entrenamiento en limpieza, desinfección y esterilización según protocolo y manual de Bioseguridad						
	Lineamientos para una atención humanizada, segura y con enfoque diferencial.						
	Socialización de contratos vigentes y lineamientos del servicio para facturación, agendas, interconsultas y remisiones de los pacientes.						
	HIGIENISTA ORAL: Entrenamiento en puesto de trabajo sobre el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica en sistema de información DINAMICA y las rutas para los diferentes formatos de la historia clínica digitalizada, según lineamiento del odontólogo, registro del plan de manejo.						
	* En caso de contención, el correcto diligenciamiento de los formatos de la Historia Clínica en medio físico.						
	Entrega del instructivo de diligenciamiento de Historia Clínica en salud oral.						
		Terapeutas	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
	Se realiza entrenamiento en formatos de historia clínica verificando temas 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 auditoría 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 informó al colaborador sobre especificidades del programa de humanización desplegado tanto para el cliente interno como para el cliente externo.						
		Otros perfiles (describir el perfil)	ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
14. VALORACIÓN DEL COLABORADOR				15. VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LIDER 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 <u>X</u>		Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI <u>X</u> NO <u>X</u>		Compromiso actitud. y respeto			
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 <u>5</u>		Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI <u>X</u> NO <u>X</u>					
16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración				Dejo	Medio	Excelente	
				25	6		2026
17. FIRMA DEL COLABORADOR		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO			