| 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 FERNANDA ORDOÑEZ MORA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1028882433 | |
| CORREO ELECTRONICO: | mafe81560@gmail.com | | | | CELULAR: | 3170606746 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG OBSERVACIÓN PEDIÁTRICAS HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE11B05 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 25564428 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4088 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 1092 | FECHA | 2026-05-11 15:35:07.000 | NÚMERO DE CRP | 17321 | FECHA | 2026-05-19 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-06-01 | | 2026-06-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,572,380 | | | | |
| 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: | $6,773,934 |
| VALOR EJECUTADO | $3,817,080 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,572,380 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,956,854 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 56% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 92853765 | $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.

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
Supervisor

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

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

Copia certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. | | |
| 2. Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | | |
| 3. Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente. | | |
| 4. Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención y asesorar al paciente y su familia. | | |
| 5. Aplicar procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad. | | |
| 6. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. | | |
| 7. Diligenciar documentos para facturación, estadística y apoyar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. | | |
| 8. Elaborar informe mensual de actividades. | | |
| 9. Responder por los elementos entregados. | | |
| 10. Participar en jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos. | | |
| 11. Notificar fallas de calidad e implementar acciones de mejora. | | |
| 12. Conocer y cumplir los procedimientos establecidos por la Subred. | | |
| 13. Apoyar a la Subred en actividades institucionales y extrainstitucionales. | | |
| 14. Registrar las actividades realizadas en el sistema de información de la Subred. | | |
| 15. Entregar la constancia de afiliación y pago al Sistema de Seguridad Social. | | |
| 16. Realizar las demás actividades asignadas acordes con el objeto del contrato. | | |

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA
**No. Identificación:** CC1028882433
**Dirección:** KR 73A 38A 48 SUR
**Telefono:** 3170606746
**Correo:** mafe81560@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 92853765

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA |
| **Tipo y número de identificación** | CC1028882433 |
| **Número de planilla** | 92853765 |
| **Fecha pago** | 2026-06-22 |
| **Número de autorización pago** | 2246702 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | mayo de 2026 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | mayo de 2026 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 312800 |
| **Total Intereses de Mora** | 3100 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 5700 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 172400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 134700 | 1 |

92853765

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1028882433
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 1066667 | 1066667 | 1066667 | 0 | 133400 | 0 | 170700 | 0 | 5600 | 0 |

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

compensar | miplanilla.com

# CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA**, identificada con **CC** número **1028882433**, aportó por **MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA** identificado(a) con **CC** número **1028882433** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para para los periodos de pensión comprendidos entre 2026-5 y 2026-6 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | Compensar EPS | 59 | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 16 | $1,066,667 | 0.12500 | $133,400 | $0 | $0 | Mayo - 2026 | 92853765 | 22/06/2026 | No |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 59 | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 16 | $1,066,667 | 0.16000 | $170,700 | $0 | $0 | Mayo - 2026 | 92853765 | 22/06/2026 | No |
| 14-11 | ARL SURA | 59 | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 16 | $1,066,667 | 0.00522 | $5,600 | $0 | $0 | Mayo - 2026 | 92853765 | 22/06/2026 | No |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **25** días del mes **June** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

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 MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA identificado(a) con C1028882433 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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10288824332617779388

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

| | ID | Usuario | Fecha | CALIFICACION | Estado | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | **2040295** | MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA | 2026-06-26 | 100,00% | Cerrada | |
| ☐ | **2038970** | MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA | 2026-06-25 | 100,00% | Cerrada | |
| ☐ | **2038968** | MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA | 2026-06-25 | 100,00% | Cerrada | |
| ☐ | **2037142** | MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA | 2026-06-23 | 100,00% | Cerrada | |
| ☐ | **2036204** | MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA | 2026-06-22 | 100,00% | Cerrada | |
| ☐ | **2036203** | MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA | 2026-06-22 | 100,00% | Cerrada | |

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:

***MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA***

CC ***1028882433***

## 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 *lunes, 22 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:

BOGOTÁ

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima
y la Universidad del Norte
certifican que:

# maria ordoñez

**Identificado(a) con cédula de ciudadanía No.** 1028882433

Ha participado y aprobado los 11 módulos del Diplomado en **Buenas Prácticas Clínicas: Regulación y Ética en Investigación Clínica en Colombia, y la norma internacional ICH E6 (R3),** cumpliendo con los requisitos académicos y de formación establecidos, con una duración de 120 horas.

*Expedido en Bogotá D.C, el 29 de mayo de 2026*

LYNDA PRIETO NAVARRERA
Asesora Dirección General
(Investigación Sanitaria e Investigación Clínica)

8c8770cf-4616-4c7f-ad08-55d5a42ac18d

6f4b5a9b-1bb0-48ba-9e78-9feb367ac596

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

***maria ordoñez***

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 %

27 de mayo 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=6f4b5a9b-1bb0-48ba-9e78-9feb367ac596

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

## Documento del contrato cargado

Volver | Evaluar proveedor | Imprimir | < | >

### Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

### Plan de Pagos

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor neto de la factura | Valor total de la factura | Valor a pagar | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | | | | | |

### Balance de pagos y Balance de entregas

| | | % del valor del contrato | % del valor amortizado |
|---|---|---|---|
| **Valor total contrato:** | 6.773.934,00 COP | - | - |
| **Valor anticipo:** | 0,00 COP | 0% | - |
| **Valor de las entregas** | 0,00 COP | 0% | - |
| **Valor facturado:** | 0,00 COP | 0% | - |
| **Valor facturado pendiente de pago:** | 0,00 COP | 0% | - |
| **Valor pagado:** | 0,00 COP | 0% | - |
| **Valor amortizado del anticipo:** | 0,00 COP | 0% | 0% |
| **Valor pendiente de amortizar:** | 0,00 COP | 0% | 0% |
| **Valor pendiente de ejecución:** | 6.773.934,00 COP | 100% | - |
| **Valor pendiente de entrega:** | 6.773.934,00 COP | 100% | - |

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | SOPORTE DE PAGO MAYO.pdf | SOPORTE DE PAGO MAYO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

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: 29-abr-2026

# 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA

**IDENTIFICADO CON** **C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1028882433 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** KR 73 A 38 A 48 SUR **Teléfonos** 3170606746 6013081274

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|

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 | $ 0,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 0,00 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | $ 0,00 |

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 |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

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: 29-abr-2026

## 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<br>C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯ | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | | |

## 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:
MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA 29/04/2026 15:38:26

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 29-abr-2026

**CIUDAD Y FECHA**



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

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS<br>DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | Versión: | 5 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 18/03/2025 | |
| | | Código: | 04-01-FO-0024 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Colaborador** | Nuevo OPS | X | Cambio Perfil OPS | | Nuevo Planta | | Reubicado Planta | | | |
| **2. Nombres y apellidos del colaborador** | ORDOÑEZ MORA MARIA FERNANDA | | | | | | | | | |
| **3. Documento** | Tipo de Documento: C.C._X__ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: _____1028882433_____ | | | | | | | | | |
| **4. Perfil o cargo** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | |
| **5. Dependencia- Proceso - Área** | URGENCIAS | | | | | | | | | |
| **6. Tipo de Vinculación** | ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS ___ PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____ | | | | | | | | | |
| **7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred** | DÍA __15___ MES __05_____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** |
| 16/05/2026 | 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** (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento) | **9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN** | **SI** | **NO** | **N/A** | **OBSERVACIONES** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **16/05/2026** | VIRTUAL | 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** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **16/05/2026** | NORMA VIVIANA PRIETO MORALES | 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 |
| Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A) | 16/05/2026 |
| Fecha de Finalización (D/M/A) | 16/05/2026 |

**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** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **16/05/2026** | **ANYI ARIAS** | 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) | ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA |
| **CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO** (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento) | REFERENTE ENFERMERIA |

| FECHA | SERVICIO | PERFIL | URGENCIAS | SI | NO | N/A | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **ACTIVIDADES** | | | | |
| | | **Médico** | 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 | | | | |
| | | | Realizar valoración de la paciente de ginecología y obstetricia y registrar en la historia clínica | | | | |
| | | | Analizar el estado del paciente | | | | |
| | | | Notificación de evento adverso a seguridad del paciente | | | | |
| | | | Notificar a la enfermera del servicio los cambios que se tengan con el paciente. | | | | |
| | | | Realizar las revistas medicas | | | | |
| | | | Informar sobre el estado o evolución al familiar del paciente | | | | |
| | | | Al egreso dar recomendaciones generales, entrega de documentos y brindar educación al paciente, su familiar y/o acompañante | | | | |
| | | | Asistir desde su perfil a las situaciones criticas del paciente. | | | | |
| | | | Realizar supervisiones sanguíneas los primeros 15 minutos | | | | |
| | | | Realizar valoración del estado mental del paciente y registrar en la historia clínica | | | | |
| | | | Hacer entrega de las formulas medicas a los pacientes | | | | |
| | | | Buenas practicas en seguridad del paciente | | | | |
| | | | **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** |
| | | | Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención | **X** | | | |
| | | | Socialización de las guías, protocolos y lineamientos de la Dirección de Hospitalización | **X** | | | |
| | | | Adherencia al protocolo de venopunción, toma adecuada de laboratorios | **X** | | | |
| | | | Hacer inventario de pertenencias del paciente | **X** | | | |
| | | | Recibo y entrega de turno multidisciplinar | **X** | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Auxiliar de enfermería** | Adherencia manual de bioseguridad, precauciones especiales de aislamiento, higiene de manos y manual de buenas practicas de seguridad del paciente | x | | | |
| | | | Cumplir con los instructivos de limpieza y desinfección de patos, piscingos y unidad de los pacientes | x | | | |
| | | | Asegurar que se encuentre en la historia clínica en físico el formato de consentimiento informado de enfermería | x | | | |
| | | | Inventario diario de carro de paro | x | | | |
| | | | Adherencia al protocolo de venopunción, toma adecuada de laboratorios | x | | | |
| | | | Hacer inventario de pertenencias con las que se puedan auto agredir y/o agredir a otras personas | x | | | |
| | | | Asegurar que lo insumos medico quirúrgicos estén disponibles en el servicio | x | | | |
| | | | Dar cumplimiento al plan de cuidado de enfermería | x | | | |
| | | | Notificación de evento adverso a seguridad del paciente y gestión administrativa a la mesa de ayuda | x | | | |
| | | | Registrar en su totalidad los formatos establecidos en dinámica propios de su perfil | x | | | |
| | | | Informar a la enfermera profesional los cambios que presente el paciente, diligenciar escalas neurológicas, escalas de seguridad del paciente | x | | | |
| | | | Recibo y entrega de turno multidisciplinar | x | | | |
| | | | Adherencia a procesos de seguridad del paciente, precauciones especiales de aislamiento, manual de bioseguridad e higiene de manos | x | | | |
| | | | Informe de las alteraciones del estado del paciente por sistemas | x | | | |
| | | | Registro de escalas de sedación, escalas neurológicas y de dolor en el paciente adulto | x | | | |
| | | | 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) | x | | | |
| | | | Ejecutar las ordenes dadas por la enfermera del servicio acorde a su perfil | x | | | |
| | | | Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica (Dinámica gerencial) | x | | | |
| | | | Asistir los procedimientos médicos y/o de enfermería | x | | | |
| | | | Asistir desde su perfil a las situaciones criticas del paciente. | x | | | |
| | | | Dar cumplimiento al protocolo de manejo de cadáver | x | | | |
| | | | Realizar los cambios de posición, actividades de higiene y confort del paciente, asistencia a la alimentación vía oral o enteral | x | | | |
| | | | Elaboración de inventarios de carro de paro y activos fijos del servicio | x | | | |
| | | | Hacer acompañamiento al paciente de la unidad en actividades terapéuticas | x | | | |
| | | | Asistir desde su perfil a las situaciones criticas del paciente. | x | | | |
| | | | Verificar y registrar en cada turno los inventarios (carro de paro, elementos y/o equipos biomédicos y ropa hospitalaria) | x | | | |
| | | | Realizar los cuidados básicos de enfermería | x | | | |
| | | | Realizar contención verbal, medicamentosa y física al paciente agitado | x | | | |
| | | | **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 ____** | EXCELENTE COMPAÑERA Y SU FORMA DE ENSEÑAR ES CLARA |
| Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. **1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 _X___** | Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. **SI ___X_ NO ____** | |

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

| **17. FIRMA DEL COLABORADOR** | | **18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO** | | **19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO** | jcc |
|---|---|---|---|---|---|

## DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA**
**C.C. 1028882433 DE BOGOTÁ**

La suma de $2.572.380 **(DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE).**

por concepto de prestar servicios profesionales de apoyo administrativo y/o asistencial en el área de enfermería, 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 como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**; en el área de **URGENCIAS.**

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el período de 01 al 30 de junio de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No. 4088-2026.**



**MARIA FERNANDA ORDOÑEZ MORA**

**C.C. 1028882433 DE BOGOTA**

**CELULAR :3165125194**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA 33526690**