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:	Diana Margarita Manrique Cardoso							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1082803925		
CORREO ELECTRONICO:	margaritapqr2025@gmail.com				CELULAR:	3102915190		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 48 SAN PABLO				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO05E01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	33768145313					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4467			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000	NÚMERO DE CRP	29668	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ODONTOLOGA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-06-01		2026-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,468,468				
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:	$5,487,645
VALOR EJECUTADO	$1,468,468
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,468,468
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,019,177
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	27%

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
9505458320	$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

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
Atender la consulta programada de odontología general y urgencias odontológicas	- Brindar atención odontológica general y de urgencias. - Realizar procedimientos de diagnóstico, prevención y tratamiento. - Garantizar atención oportuna según programación institucional.	- Consultas odontológicas realizadas. - Registro de pacientes atendidos. - Historia clínica con atención registrada.
Realizar la historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, SISVESO.	- Elaborar valoración clínica integral. - Registrar diagnóstico, plan de tratamiento y evolución. - Diligenciar los formatos institucionales y SISVESO.	Historias clínicas completas. - Registros de valoración, diagnóstico, evolución y plan de tratamiento en el sistema institucional.
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999.	- Registrar la información clínica de forma completa y oportuna. - Cumplir con los estándares legales y de calidad documental. - Corregir inconsistencias identificadas.	Historias clínicas debidamente diligenciadas conforme a la normatividad vigente. - Registros auditables sin inconsistencias atribuibles al profesional.
Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario.	Identificar la necesidad de ayudas diagnósticas. - Solicitar exámenes pertinentes. - Elaborar remisiones a especialidades odontológicas o médicas según el caso.	Órdenes de exámenes paraclínicos. - Remisiones registradas en historia clínica. - Seguimiento de pacientes remitidos.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Aplicar protocolos institucionales. - Cumplir normas de bioseguridad y calidad. - Participar en actividades institucionales relacionadas con el servicio.	Cumplimiento de protocolos institucionales. - Registros de auditorías satisfactorias. - Evidencias de participación en actividades institucionales.
Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	Participar en reuniones de evaluación. - Analizar indicadores de gestión. - Proponer acciones de mejora para la prestación del servicio.	Actas de reunión. - Informes de participación. - Propuestas o planes de mejoramiento implementados.
Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos.	Consolidar la producción mensual. - Elaborar informe de actividades realizadas. - Presentar el informe dentro de los tiempos establecidos.	Informe mensual de gestión radicado y entregado oportunamente.
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	- Registrar correctamente procedimientos realizados. - Verificar soportes para facturación. - Dar respuesta y realizar correcciones frente a glosas cuando corresponda.	- Registros completos para facturación. - Soportes de atención. - Respuestas a glosas y disminución de inconsistencias.
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	Atender oportunamente las actividades e instrucciones impartidas por el supervisor del contrato. - Participar en reuniones, jornadas institucionales, capacitaciones y demás actividades relacionadas con el objeto contractual. - Apoyar la ejecución de acciones de mejoramiento y fortalecimiento de los procesos asistenciales cuando sean requeridas. - Cumplir con las funciones adicionales que se asignen y que sean compatibles con el perfil profesional y el objeto del contrato.	- Actividades asignadas ejecutadas y documentadas. - Actas de reunión, listados de asistencia o registros de participación. - Informes o soportes de las actividades desarrolladas. - Cumplimiento de los requerimientos efectuados por el supervisor.
Adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas).	Cumplir con la programación de consultas de acuerdo con el manual institucional de agendas. - Abstenerse de modificar, bloquear o reprogramar citas sin la autorización correspondiente. - Atender los pacientes conforme a los horarios establecidos. - Reportar oportunamente las novedades que afecten la agenda institucional.	Agenda institucional cumplida conforme a los lineamientos. - Ausencia de reportes o hallazgos por manipulación de agendas. - Registros de atención de pacientes según programación establecida. - Reportes de novedades cuando aplique.
Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional.	Portar diariamente el uniforme institucional completo y en condiciones adecuadas. - Utilizar el carné institucional de manera visible durante la jornada laboral. - Mantener una presentación personal acorde con los lineamientos institucionales y las normas de bioseguridad. - Cumplir con los protocolos de identificación institucional durante la atención de usuarios.	- Verificación del uso adecuado del uniforme y carné mediante supervisión. - Cumplimiento de los lineamientos de presentación personal. - Ausencia de llamados de atención relacionados con esta obligación.

Copia Controlada Subred Suroccidente

Asumir el 100 por ciento de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista.	- Verificar que los registros clínicos y administrativos estén completos antes de su entrega. - Garantizar la calidad, oportunidad y veracidad de los soportes asistenciales. - Atender y responder oportunamente las observaciones realizadas por auditoría o interventoría. - Implementar acciones de mejora para prevenir la recurrencia de glosas atribuibles al contratista.	Soportes asistenciales completos y conformes. - Respuestas oportunas a observaciones o glosas. - Planes o acciones de mejora implementadas cuando sean requeridas. - Disminución de glosas atribuibles al contratista y cumplimiento de las obligaciones contractuales.

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

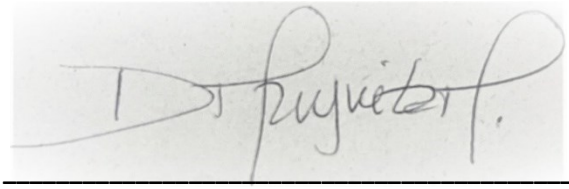
E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA MARGARITA MANRIQUE CARDOSO

C.C 1082803925 DE TELLO - HUILA

La suma de $1.468.468 por concepto de: odontóloga centro de salud san pablo y zona franca durante el periodo del 18 al 30 de junio del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. **4467-2026** con objeto de "prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de salud oral dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la subred sur occidente E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional.



DIANA MARGARITA MANRIQUE CARDOSO
C.C 1082803925 DE TELLO - HUILA
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 33768145313

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082803925		MANRIQUE CARDOZO DIANA MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 85G#24C-56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102915190	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	382246734	9505458320	I	2026/06/05	2026/06/11	BANCOLOMBIA	6	$544,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1082803925	MANRIQUE DIANA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082803925		MANRIQUE CARDOZO DIANA MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 85G#24C-56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102915190	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	382246734	9505458320	I	2026/06/05	2026/06/11	BANCOLOMBIA	6	$544,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$200	$0	$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,000	$0	$219,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$1,000	$0	$219,900
TOTAL				1	$541,800	$2,500	$0	$544,300

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:

DIANA MARGARITA MANRIQUE CARDOZO

CC ***1082803925***

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Inducción Institucional Subred Sur Occidente E.S.E. - OPS

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *martes, 16 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

ARL

Medellin, 25 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **DIANA MARGARITA MANRIQUE CARDOZO** con documento de identidad **C1082803925**, 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
2026-06-19	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

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) DIANA MARGARITA MANRIQUE CARDOZO identificado(a) con CC 1082803925 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 15/03/2022

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **BIENESTAR IPS SEDE FONTIBON**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 23 días del mes 6 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



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:

DIANA MARGARITA MANRIQUE CARDOZO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.803.925**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Junio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS
DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Versión:	6
Fecha de aprobación:	10/03/2025
Código:	04-01-FO-0023

ACTUALIZADO SISTEMA DE GESTIÓN SSST

1. Colaborador	Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta
2. Nombres y apellidos del colaborador	Dizua Margarita Manrique Cardozo						
3. Documento	Tipo de Documento: C.C. X C.E. ___ Pasaporte ___ Vida ___ Número: 1082803925						
4. Perfil o cargo	Odontologa						
5. Dependencia- Proceso - Área	Ambulatorios						
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS X PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL:						
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DIA 18 MES 06 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
18-6-2026		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 Específico 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
22-6-2026		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
23-6-2026		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 - IAMII	X			

11. DIRECCIONES / OFICINAS

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)	
Lugar de Ubicación Colaborador	Centro de Salud Zona Franca
Servicio donde va a desarrollar actividades	Odontología
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	18-6-2026
Fecha de Finalización (D/M/A)	24-6-2026

12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
23-6-2026	Nana Angelica Gutierrez	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.subredsurorcidente.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)	Liliana Castiblanco Hoyos
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	Profesional especializado - Líder

FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	AMBULATORIO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
9 y 22/06/2026	AMBULATORIO	Médico Odontólogo (General - Especialista)	**ACTIVIDADES**				
			Socialización y evaluación de la Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (HTA) Normalización en Almera con Código EX-10-01-GP-0009 (MÉDICOS)			X	Se enviará una guía de práctica clínica semanal para evaluar
			Socialización de: las guías, protocolos y lineamientos para el manejo de las primeras causas de morbimortalidad de los usuarios de la Subred y las Rutas integrales de Salud.	X			
			Socialización de los lineamientos en materia de Seguridad del Paciente: El correcto diligenciamiento para reporte de eventos adversos e incidentes, higienización de manos, aplicación de correctos.	X			
			* Entrenamiento en puesto de trabajo sobre el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica en sistema de información DINÁMICA y las rutas para los diferentes formatos de la historia clínica digitalizada, órdenes médicas, resultados de laboratorio, reporte de imagenología, valoración del riesgo, conciliación medicamentosa, análisis, plan de manejo y codificación de diagnósticos. * Recordar las características de la Historia: **Integralidad** en reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud; **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención; **Racionalidad Científica** aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas al usuario, de modo que se evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó; la **Pertinencia** del diagnóstico y su plan de manejo (Solicitud de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y medicamentos formulados). * En caso de contención, el correcto diligenciamiento de los formatos de la Historia Clínica en medio físico. * El correcto diligenciamiento de los formatos para el reporte de las Enfermedades de notificación de Obligatoria. * Explicación sobre la pertinencia en las remisiones y solicitud de interconsultas.	X			
			Socialización de los lineamientos para las consultas de PyD y los diferentes programas. (Consulta y/o demanda inducida)	X			
			Socialización de los principales lineamientos en materia de Bioseguridad de acuerdo a sus funciones y actividades que realiza.	X			
			Entrenamiento en el correcto diligenciamiento de los Registros Individuales de Prestación del Servicio (RIPS) y demás registros estadísticos primordiales para el reporte de su gestión.	X			
			Lineamientos para el adecuado manejo (Pertinencia) en la solicitud de los exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas.	X			
			Socialización de los lineamientos y recomendaciones para el correcto diligenciamientos de la formula médica, en la formulación pertinente, la conciliación medicamentosa y de acuerdo con la Contratación vigente con las EPS.	X			
			Orientación y socialización de los procedimientos autorizados de acuerdo con los contratos vigentes con las EAPB.	X			
			Lineamientos para una atención humanizada y segura.	X			
			Buenas practicas en seguridad del paciente	X			
		Auxiliar de Enfermería/Auxiliar de Consultorio / Higienista Oral	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			Socialización de: las guías, protocolos y lineamientos				
			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 reusó				
			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 DINÁMICA y las rutas para los diferentes formatos de la historia clínica digitalizada, según lineamiento del odontólogo, registro del plan de manejo. * En caso de contención, el correcto diligenciamiento de los formatos de la Historia Clínica en medio físico. Entrega del instructivo de diligenciamiento de Historia clínica en salud oral.				
		Terapistas	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			Se realiza entrenamiento en formatos de historia clínica verificando ítems específicos de plan de manejo, plan de intervención, demanda inducida, educación al paciente, plan casero, derechos y deberes, identificación de riesgo.				
			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 informo 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

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 ___

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 ___

15. VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO

Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:
Es respetuosa, comprometida y actitud para aprender.

16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración

Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente

17. FIRMA DEL COLABORADOR		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SIIP/PROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO	