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:	JORGE LUIS MELO PAJARO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	73145673	
CORREO ELECTRONICO:	docjorgemelo19@gmail.com				CELULAR:	6056781557	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA INTERNA USS 50 MEXICANA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU50A11	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	38800010747				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4929			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000	NÚMERO DE CRP	29733	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-07-27		2026-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,456,544				
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:	$19,754,378
VALOR EJECUTADO	$1,456,544
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,456,544
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$18,297,834
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	7%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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

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

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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
Prestar el servicio de médico especialista de medicina interna en la subred integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e., el cual garantice realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizó atención como medico internista a lo pacientes en consulta externa con registro en DINAMICA	Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales en el uso adecuado de la informacion de los usuarios en la historia clinica	se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en DINAMICA
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	llevo regsitro de las actividades realizadas en las consultas cumpliendo os procesos de costos y facturacion de la entida	llevo regsitro de las actividades realizadas en las consultas cumpliendo os procesos de costos y facturacion de la entidad
Participar en la programación de actividades del área	Se participar en la programación de actividades del áre	participo en la programación de actividades segun la agenda programada
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Notifico las fallas que evidencie en el momento de prestar el servcio, participo en los analisis que me sean convocados por al entidad	Aplicatico mesa de ayuda
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notifico las fallas que eviencio durante la atencion de la consulta	Notifico de manera oportuna e infomor al supervisor inmediato
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Diligencio de forma adecuado los formatos de la historia clinica me guio de los protocolos y guias e la institucion para la adecuada prestacion del servicio	Registro Historia clinica DINAMICA
. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Se practica el seguimiento al suuario entregado al auxiliar del porgrama para su controlInformo al paciente y familiar durante la consulta de su estado de salud,tratamiento y plan a seguir para su mejoria	Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Se informa al paciente y o familiar sobre porcedimiento a realizar durante la consulta	Firma de consentimiento informado entregado en archivo
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Se Apoya en el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calida	Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Durante la consulta informo al apciemnte y su familia sobre su condicion	elaboracion de tratamiento segun la patologia del usuario
. Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emito el concepto medico durante la consulta como se reuqiere	Registro en la hisotira clinica sobre el concepto medico
. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Se Apoya en el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calida	Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Conozco y doy cumpliento a los procedimientos que esyablecve la entidad para la prestacion dels ervcio	elaboro informe mensual
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Velo y respondo por los recursos dados por la institucion garantizando su buen funcionamient	Acta de entrega y firma diaria de supervision

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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 Certificado Subred Sur Occidente

JORGE LUIS MELO PAJARO
NIT 73.145.673-5
Cra 75a # 20-31
Tel: (601) 5885117
Facatativá - Colombia
docjorgemelo1509@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 76

Señores	OCCIDENTE E.S.E. SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(0000) 0000000
Dirección		**Ciudad**	-

Fecha y hora Factura	
Generación	27/08/2026, 22:10
Expedición	27/08/2026, 22:14
Vencimiento	27/08/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS MES JULIO DE 2026	16.00	1,456,544.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Un millón cuatrocientos cincuenta y seis mil quinientos cuarenta y cuatro pesos m/cte

Total Bruto	1,456,544.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	1,456,544.00

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 1,456,544.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764114128080 aprobado en 20260818 prefijo FE desde el número 61 al 500 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8699 Otras actividades de atención de la salud humana Tarifa
CUFE: deb3655fcea827989be6edb5b7be7eef82e7f50533325a4ac45a14459ed49bf0e86018c58512f98aebe1add67428b6fd

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS**	Versión:	6
		Fecha de aprobación:	
		Código:	04-01-FO-0023

1. Colaborador	Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta				
2. Nombres y apellidos del colaborador	Jorge Luis Melo Pajaro										
3. Documento	Tipo de Documento: C.C._X__ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: 73145873										
4. Perfil o cargo	Medico Internista										
5. Dependencia- Proceso - Área	Consulta externa										
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS _X_ PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____										
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA ___27___ MES _____07_____ 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
		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**
		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 envia invitación para el encuentro virtual)	**10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO)** (Este espacio debe diligenciarlo despues de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Especificas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm)	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
		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 - Reactovigilancia - 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 de bosa
Servicio donde va a desarrollar actividades	Consulta Externa
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	23/07/2026
Fecha de Finalización (D/M/A)	26/07/2026

12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		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-0008)	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 contrareferencia 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)	Jorge Luis Melo Pajaro
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	Jorge Luis Melo Pajaro

FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	AMBULATORIO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
			Socialización y evaluación de la Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (HTA) Normalización en Almera con Código EX-10-01-GP-0009 (MEDICOS)	X			
			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			
		Médico Odontólogo (General - Especialista)	* 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			
			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.				
		Auxiliar de Enfermería/Auxiliar de Consultorio / Higienista Oral	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.				
			ACTIVIDADES	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
		Terapistas	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				
			ACTIVIDADES	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
		Otros perfiles (describir el perfil)					

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

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

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

1. COLABORADOR: **Nuevo**: Personal que ingresa o es contratado por primera vez a la Subred. **Cambio Perfil OPS**: Personal que se encuentra en la Subred y cambia de perfil para realizar otras actividades. **Nuevo Planta**: Personal que ingresa a la Subred con contrato de planta en cualquier dirección, sede o servicio. **Reubicado**: Personal de planta que se reubica dirección, sede o servicio
* REUBICADO: Para el personal reubicado se debe diligenciar los puntos (1,2,3,4,5,6,7,11,12,13,14,15,16, 17, 18 y 19).
2. NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR: Escribir nombre y los apellidos completos del colaborador
3. DOCUMENTO: Número de identificación del Colaborador
4. PERFIL: Escribir cargo o perfil contratado
5. PROCESO - ÁREA: Escribir el proceso donde desarrollará las actividades
6. TIPO DE VINCULACIÓN: Marque con una X según corresponda
7. FECHA DE INGRESO / REUBICACION A LA SUBRED: Escribir fecha de ingreso o reubicación
8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Responsable de diligenciar este espacio DGTH - Administración del Talento Humano - Selección según corresponda
9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN - Responsable de enviar datos a Sistemas de Información en la DGTH - Administración del Talento Humano- Selección. La Oficina de TICS es responsable de ejecutar las actividades mencionadas
10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO: Actividad programada de manera virtual dirigida a los colaboradores nuevos (Nuevo OPS, Cambio de Perfil y Nuevo Planta). Este espacio debe diligenciarlo despues de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Especificas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm
11. DIRECCIONES / OFICINAS: Responsable de indicar la ubicación del colaborador en el servicio o subproceso
12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO: Responsable verificar y sensibilizar en las actividades tranversales descritas
13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO: Responsable de sensibilizar y acompañar en las actividades propias del perfil. Describir nombre completo y perfil del responsable del apoyo de entrenamiento.
14. VALORACIÓN DEL COLABORADOR: Espacio dirigido al colaborador para valorar el entrenamiento

15. VALORACIÓN DEL JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO: Espacio dirigido al padrino donde puede describir aspectos positivos y/o sugerencias para fortalecer las competencias del colaborador
16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO (Por parte del Colaborador): Calificación del Colaborador en relación al entrenamiento en actividades especificas realizado.
17. FIRMA DEL COLABORADOR: En este espacio debe firmar el colaborador que recibe el entrenamiento.
18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO: En este espacio debe firmar el responsable en realizar el entrenamiento.
19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO: En este espacio debe firmar un miembro del equipo de Formación y Desarrollo despues de verificar que el formato se encuentre totalmente diligenciado y verificar que el colaborador hubiese participado en el EAC Virtual de Actividades Especificas.

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JORGE LUIS MELO PAJARO identificado(a) con Cedula Ciudadania 73145673, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250613	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Julio de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
SUBREDSUROCCIDENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot CER-AFI 32860733

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

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:

JORGE LUIS MELO PAJARO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **73.145.673**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

Medellín, 27 de agosto 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 JORGE LUIS MELO PAJARO identificado(a) con C73145673 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:C731456732623932866

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19