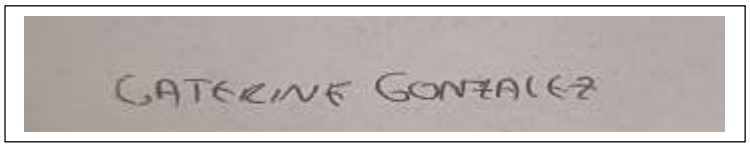
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SUSAN CATERINE GONZALEZ AVILA
C.C 1030637878 DE BOGOTA

La suma de (2.282.148), DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y DOSCIENTO MILCIENTO CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE por concepto de: prestación de servicios como Auxiliar De Enfermería en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 01 AL 30 de SEPTIEMBRE del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5243-2025.



SUSAN CATERINE GONZALEZ AVILA
C.C 1030637878 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA
NUMERO 73000001261

	ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	Versión:	8
		Fecha de aprobación:	18/03/2025
		Código:	04-01-FO-0031

1. Colaborador	Nuevo OPS		Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta		
2. Nombres y apellidos del colaborador	SUSAN CATERINE GONZALEZ AVILA								
3. Documento	Tipo de Documento: C.C. X C.E. ___ Pasaporte ___ Visa ___					Número: 1030634875			
4. Perfil o cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
5. Dependencia - Proceso - Área									
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS X PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: ___								
7. Fecha de Ingreso / Reubicación a la Subred	DÍA ___ MES ___ AÑO ___								

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	REALIZACIÓN ACTIVIDAD SI	NO	NA	OBSERVACIONES
26-09-2025		Entrega de Clave Aula Virtual				
		Se realizó Afiliación a la ARL				
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente				
		Entrega de Carnet Institucional				
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)				

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
26-9-2025		Entrega de usuario y contraseña		/		
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes		/		
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad		/		
		Firma digital		/		

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	NA	OBSERVACIONES
26-09-2025	SP-IAAS Alejandra A (asistencia virtual)	Humanización	✓			
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo	✓			
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres	✓			
		Participación y Atención al Usuario	✓			
		Gestión de la Tecnología	✓			
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS	✓			
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública	✓			
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia	✓			
		Gestión Documental	✓			
		Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMII	✓			

11. DIRECCIONES / OFICINAS

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)

Lugar de Ubicación Colaborador	
Servicio donde va a desarrollar actividades	
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	
Fecha de Finalización (D/M/A)	

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	NA	OBSERVACIONES
26/09/25	Angie Sanchez	Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano	✓			
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal	✓			
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.	✓			
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades	✓			
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y/o funciones y asuntos personales.	✓			
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece	✓			
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)	✓			
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)	✓			
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/)	✓			
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)	✓			
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0045)	✓			
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-08-MA-0001)	✓			
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica	✓			

Powered by CamScanner

Ruta de acceso a la intranet/Almera para verificación de documentos guías . Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio	✓		
Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)	✓		
Gestión del riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales)	✓		
Procesos de auditoria interna y externa que estén relacionados con su proceso	✓		
Información sobre programas de P y D	✓		
Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PO-0001)	✓		
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	✓		
Manual de Referencia y contrarreferencia 08-03-PR-0003	✓		
RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022	✓		

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)	
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	

FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	URGENCIAS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
26-09-2025	URGENCIAS	Médico Profesional en Enfermería Auxiliar de enfermería	**ACTIVIDADES**				
			Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención	✓			Uzeth Bogotá
			Guías de practica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias	✓			
			Procedimiento de atención en urgencias	✓			
			Manual del Triage	✓			
			Procedimiento de Control de referencia y atención en traslados	✓			
			Buenas practicas en seguridad del paciente	✓			
26-09-2025	TRANSPORTE MEDICALIZADO	Médico Auxiliar de enfermería	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**NA**	**OBSERVACIONES**
			Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención	✓			
			procedimiento de atención en urgencias / CICLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS	✓			
			Guías de practica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias	✓			
			Procedimiento de traslados internos, referencia, y contrarreferencia	✓			
			Buenas practicas en seguridad del paciente priorizadas para servicios de urgencias	✓			
		Conductor de Ambulancia	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**NA**	**OBSERVACIONES**
			Procedimiento para revisión del vehículo para garantizar la operación diaria del mismo				
			Actividades de apoyo a la auxiliar de enfermería para traslados				
			Diligenciamiento de formatos de control				
			Programación para asistencia a capacitación en seguridad del paciente				
			Procedimiento para el mantenimiento de las móviles				
		Radiooperador Auxiliar y bachiller	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**NA**	**OBSERVACIONES**
			Conocer el procedimiento de referencia y contrarreferencia				
			Procedimiento de traslados internos				
			Manejo de base der datos sirc -				
			Manejo de bases de datos de traslados internos				
			Establecer criterios de remisión				
			Entrenamiento en seguridad del paciente				
	Mencionar el Servicio	Otros perfiles (describir el perfil)	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**NA**	**OBSERVACIONES**

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 ___	Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI ___ 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 ___	Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI ___ NO ___	

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

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

Powered by CamScanner