Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS**	**Versión:**	**6**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	**18/3/2025**	
		Código:	**04-01-FO-0023**	

1. Colaborador	Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta		
2. Nombres y apellidos del colaborador	Juan Gilberto Rodriguez reyes								
3. Documento	Tipo de Documento: C.C._x__ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: _____1016015852_____								
4. Perfil o cargo	Medico General								
5. Dependencia- Proceso - Área	Consulta Externa centro de salud Mexicana								
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS X PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____								
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA 10 MES 08 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**
8/10/2026	Jayson Galindo -personal talent	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**
8/11/2026	audia Milena Marin garc	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**
18/08/2026	Norma Viviana Morales--Subproceso de formacion y Desarollo	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	CENTRO DE SALUD MEXICANA
Servicio donde va a desarrollar actividades	CONSULTA EXTERNA
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	11/8/2026
Fecha de Finalización (D/M/A)	12/8/2026

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**
11/08/2026-12/08/2026	INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS	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)	INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	ENFERMERA - LIDER

FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	AMBULATORIO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
11/08/2026-12/08/2026	AMBULATORIO	**Médico Odontólogo (General - Especialista)**	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			
			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				
		Auxiliar de Enfermería/Auxiliar de Consultorio / Higienista Oral	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			Socialización de: las guías, protocolos y lineamientos			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 a la auxiliar de enfermería en dinámica gerencial, solicitud de pedidos, ver agendas.			x	
			Entrenamiento a la auxiliar de consultorio odontológico en dinámica gerencial para diligenciamiento de odontograma, solicitud de pedidos, ver agendas.			x	
			Entrenamiento en el correcto diligenciamiento del aplicativo de reusó			x	
			Entrenamiento en diligenciamiento de formatos y carpetas del área que evidencian el seguimiento a los procedimientos del servicio.			x	
			Entrenamiento en limpieza, desinfección y esterilización según protocolo y manual de Bioseguridad			x	
			Lineamientos para una atención humanizada, segura y con enfoque diferencial.			x	
			Socialización de contratos vigentes y lineamientos del servicio para facturación, agendas, interconsultas y remisiones de los pacientes.			x	
			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.			x	
		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.			x	
			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			x	
			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			x	
			Se Informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales			x	
			Se informo al colaborador sobre especificidades del programa de humanización desplegado tanto para el cliente interno como para el cliente externo			x	
		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 ___**	Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas: Buena disposición para aprender y brindar una atención con calidad y calidez al usuario.
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información		

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	Juan Gilberto R.	**18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIEN**		**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 / REUBICACIÓN 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 es 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 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

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 transversales 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 después de verificar que el formato se encuentre totalmente diligenciado y verificar que el colaborador hubiese participado en el EAC Virtual de Actividades Específicas.

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

E.S.E NIT:900.959.048-4

DEBEA:

Juan Gilberto Rodriguez reyes
c.c 1016015852 de Bogotá

La suma de $ 4.779.312 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. Durante el periodo de 10 al 31 de agosto de 2026 por 136 horas de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5061-2026

Juan Gilberto R.

Juan Gilberto Rodriguez reyes
c.c 1016015852 de Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NÚMERO 570004870384452

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016015852	JUAN GILBERTO RODRIGUEZ REYES	CALLE 6 A No 88D-71 CASA 122	3214110622	Juanrodri568@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95044817	08/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$591.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	239.000	0		0		0	0	0	0	239.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	305.900	0	0	0	0	0	0		305.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	46.600				46.600	0	0	46.600			466	46.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	239.000	239.000
Pensión	1	305.900	305.900
Riesgos Laborales	1	46.600	46.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	591.500	591.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016015852	JUAN GILBERTO RODRIGUEZ REYES	CALLE 6 A No 88D-71 CASA 122	3214110622	Juanrodri568@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95044817	08/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$591.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvalo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1016015852	RODRIGUEZ REYES JUAN GILBERTO	59	0			N	X																25-14	1.911.725	30	305.900	0	0	0	0	EPS005	1.911.725	30	239.000	14-11	1.911.725	30	3	46.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Juan Gilberto Rodriguez Reyes, identificado(a) con CC número 1016015852, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1016015852
NOMBRES Y APELLIDOS	Juan Gilberto Rodriguez Reyes
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	17/02/1989
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	02/01/2013
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	396 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/01/2013
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 860038374 FUNDACION UNIVERSITARIAJUAN N CORPAS
Desde 02/08/2023 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA
1016015852 Trabajador Independiente Desde 09/08/2026 -
Vigente

Generado por interfaces 23/08/2026

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN GILBERTO RODRIGUEZ REYES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1016015852,** se encuentra afiliado/a desde **02/01/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de agosto de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 23 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 JUAN GILBERTO RODRIGUEZ REYES identificado(a) con C1016015852 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:C10160158522623538352

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

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.

Hace constar que:

JUAN GILBERTO RODRIGUEZ REYES

CC ***1016015852***

Participó en el proceso de formación:

Modelo de Relacionamiento

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *25 de agosto 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