ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-nov.-21	Hasta:	30-nov.-21			
Nombre del Contratista:	YENNIFER ANDREA RIAÑO		Cédula:	53043331			
Correo Electrónico:	MATIHUS627@GMAIL.COM		Teléfono(s):	3017487017			
Nombre del Supervisor - Planta:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ		Cargo:	DIRECTOR TECNICO	Codigo-Grado:	009-05	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	FRANCY YAMELY DOMINGUEZ SALAZAR		Perfil	REFERENTE DE FARMACIA	No. CTO:	3067-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001766	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIAR DE FARMACIA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Ocultar							
FARMACIA - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	M05VB	180	0	$ 8.720	$ 1.569.600	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.569.600	UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS						

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$ 5.641.840	954	1		
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 1.360.320	1588	2	Febrero	$ 2.825.280
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 3.348.480	2028	3	MARZO	$ 2.031.760
4	2021-11-01	2021-12-31	4	$ 4.761.120	2700	4	Abril	$ 1.935.840
						5	MAYO	$ 1.831.200
						6	JUNIO	$ 1.569.600
						7	JULIO	$ 1.674.240
						8	AGOSTO	$ 1.883.520
						9	SEPTIEMBRE	$ 1.464.960
						10	OCTUBRE	$ 2.563.680
						11	NOVIEMBRE	$ 1.569.600
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.865.760	$ 19.977.520	$ 19.349.680	$ 627.840

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la dispensacion y rotacion de los medicamentos a todos los servicios encomendados en forma oportuna, basados en la formulacion medica generada por profesionales de la salud.	Se realiza dispensacion de medicamentos e insumos medicos a la totalidad de servicios encomendados, de manera oportuna y basados en la formulacion medica.	Formatos y actas en fisico, via email y por Dinamica Gerencial.
2	Realizar la verificacion de lo ordenado frente al dispensado y realizar los respectivos registros en el sistema de informacion.	Se realiza verificacion de lo ordenado en las formulas medicas vs el alistamiento de medicamentos y/o insumos medicos	Formulas de Dinamica Gerencial, historia clinica

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

3	Participar activamente en los inventarios de las diferentes farmacias, con validaciones periodicas a traves de la elaboracion de informes de proximos vencimientos de medicamentos, los cuales de no ser reportados a tiempo se descontaran de la certificacion mensual; garantizando el adecuado almacenamiento en la farmacia/bodega especializada de los medicamentos.	En cada participacion por inventario se registra con fecha de vencimiento cada producto contado quedando bajo listado y bajo acta. Los vencimientos se revisan mensualmente reportando supronta rotacion.	Planillas en excel e informacion del kardex en Dinamica Gerencial
4	Elaborar pre informes de movimientos de medicamentos de control especial y realizar los respectivos registros de su entrega y dispensacion.	Se toman registros diarios de conteo y fecha de vencimiento de medicamentos de control especial, para asi ser entregados correctamente turno a turno. Estos mismos son dispensados bajo formula medica y bajo los criterios de dispensacion.	soportes en fisico, informes via email
5	Responder por el adecuado uso de los equipos, elemnetos del inventario del servicio entregados a titulo de prestamo para el desarrollo de las actividades contratadas y elementos de Farmacia.	Velar por la responsabilidad de los elementos asignados para el desarrollo de las actividades laborales.	Guias y protocolos según formatos establecidos
6	Dar cumplimiento a los lineamientos y directrices emitidas por el referente del servicio y quimico farmaceutico	Responder en el tiempo establecido las actividades asignadas por el referente y/o quimico farmaceutico	Guias y protocolos según formatos establecidos
7	Elaborar y entregar los informes necesarios de la Direccion de Servicios Complementarios y hacer su respectivo seguimiento.	Responder en el tiempo establecido las actividades asignadas por el referente y/o quimico farmaceutico	Formatos , procesos, envios resportes via email.
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.563.680
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	10	2021	11	17	8653909013		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLPENSIONES	$ 1.025.472	$ 164.100	$ 164.100
SALUD		NUEVA EPS		$ 128.200	$ 128.200
ARL	3	SURA		$ 25.000	$ 25.000
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 317.300	$ 317.300

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO ITAU	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	765086991

YENNIFER ANDREA RIAÑO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53.043.331
CC. NO. CONTRATISTA

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTOR TECNICO

FRANCY YAMELY DOMINGUEZ SALAZAR
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTE DE FARMACIA

2021-02-12

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	YENNIFER ANDREA RIANO
IDENTIFICACION:	CC-53043331
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-11-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-11-09
FECHA DE PAGO:	2021-11-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-10
PERIODO SALUD:	2021-10
NUMERO PLANILLA:	8616409115
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8653909013
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.025.472	$ 0	$ 0	$ 0	$ 128.200	$ 128.200
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.025.472	$ 0	$ 0	$ 0	$ 164.100	$ 164.100
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.025.472	$ 0	$ 0	$ 0	$ 25.000	$ 25.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 317.300	$ 317.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/12/2021

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

◌ Porcentaje ◌ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ◌ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CERTIFICACIONES COBRO OPS FEBRERO YENNIFER.pdf	CERTIFICACIONES COBRO OPS FEBRERO YENNIFER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	YENNIFER ANDREA RIAÑO.pdf (Archivado)	YENNIFER ANDREA RIAÑO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	marzo- 2021 - 1766.pdf	marzo- 2021 - 1766.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTAS DE COBRO OPS DE ABRIL YENIFER RIAÑO.pdf (Archivado)	CUENTAS DE COBRO OPS DE ABRIL YENIFER RIAÑO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	04-2021-1766.pdf	04-2021-1766.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	YENIFER RIAÑO.pdf	YENIFER RIAÑO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2021-junio-1766.pdf	2021-junio-1766.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JENIFFER RIAÑO CUENTA DE COBRO JULIO 2021.pdf	JENIFFER RIAÑO CUENTA DE COBRO JULIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JENIFFER RIAÑO CUENTA DE COBRO AGOSTO 2021.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO AGOSTO YENNIFER RIAÑO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	septiembre_1766.pdf	septiembre_1766.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 YENNIFER RIAÑO CTO N° 1766-2021.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 YENNIFER RIAÑO CTO N° 1766-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

RIAO YENNIFER ANDREA

53043331

Recibió actualización en **ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON SUSTANCIAS QUIMICAS** con una intensidad de 24 horas

Para constancia se firma

11 de noviembre de 2021

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

4JL2

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

RIAO YENNIFER ANDREA

53043331

Recibió actualización en **MANEJO INTEGRAL DEL DUELO** con una intensidad de 24 horas

Para constancia se firma

noviembre 10, 2021

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

BOGOTÁ

1766- 2024

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: yennifer andrea

Apellidos: Riaño

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 53043331

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 01 Año 1984

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	23117	U3B885/	
Otras				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden .

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yennifer Andrea Riaño

Apellidos:

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 53043331

Fecha de Nacimiento: Día 12 Mes 01 Año 1984

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	071218	Serum. 0128W13002	SIRCO.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	01 JULIO 2007		
	2	02-08-2007		
	3	09 SET. 2014	02403	
	4	5 MAR 2018	2215043166A	
	5	22 MAR 2019		
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		09 SET. 2014	K5080	UNICA
Contra Influenza	ANUAL	26-04-19	T3 93	USS TOMAL ROSA VILLA
	ANUAL	28-04-20	V50220001	EXT SUB VACUNADOR
Virus de Papiloma Humano				



VACUNA		FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTIRRABICA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	4 DOSIS					
VPH	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					

CERTIFICADO DE VACUNACIÓ

Consulte su certificado de vacunación en

www.inmunosalud.com

NOMBRES: YENNIFER ANDREA RIAÑO

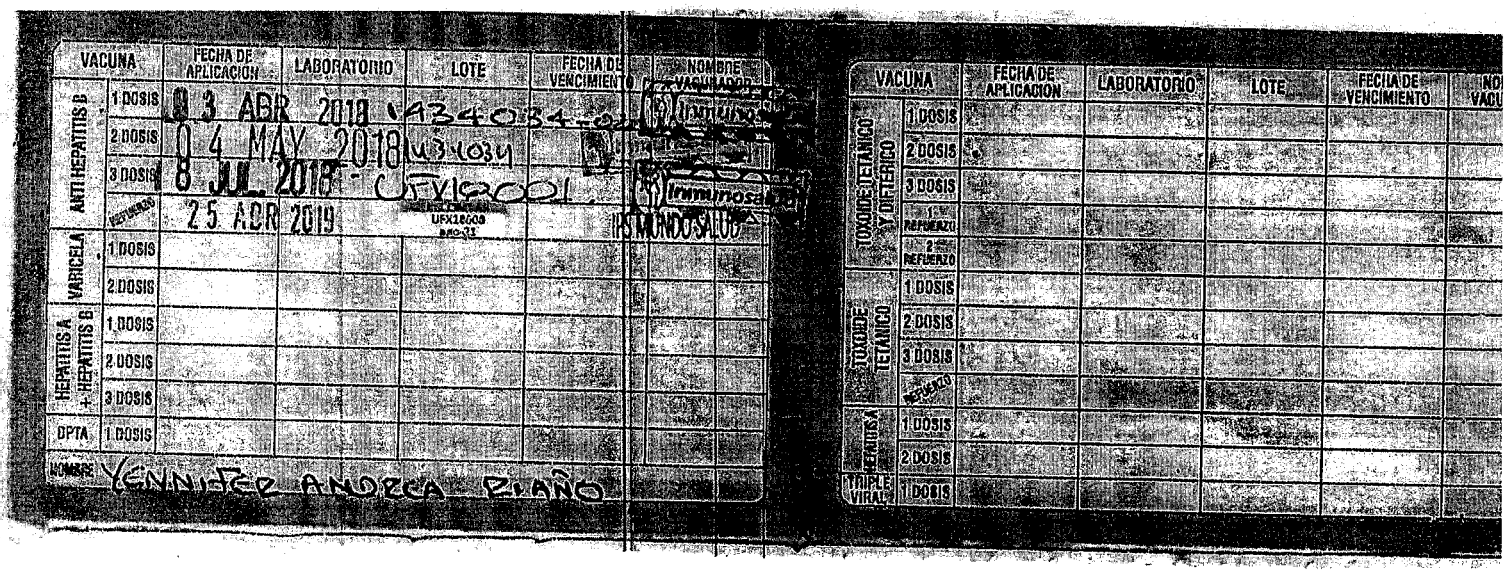
DOCUMENTO: 53.043.331 TEL:

SEDE PRINCIPAL Cra. 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.

SEDE RESTREPO Cra. 17 No. 15-46 Sur Local 305

PBX 749 53 41 - 476 8989 - Cel. 310 237 13

inmunosalud@outlook.com - www.inmunosalud.co



VACUNA		FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS	03 ABR 2018		A340034-01		
	2 DOSIS	04 MAY 2018		U34034		
	3 DOSIS	8 JUL 2018		U34034		
	REFUERZO	25 ABR 2019		UFX12001		
VARICELA	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
DPTA	1 DOSIS					

NOMBRE: YENNIFER ANDREA RIAÑO

VACUNA		FECHA DE APLICACION	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NO VACU
TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	1 REFUERZO					
	2 REFUERZO					
TOXOIDE TETANICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	REFUERZO					
HEPATITIS A	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS					

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 24 N° 25 - 18 Sur Bogotá. Tel: 2391845 - Código prestador: 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaría Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: Sub Red Sur Occidente

Empresa: NIT:

Fecha: 24 febrero 2021 Cargo: Farmacéutica

Tipo de examen: Ingreso SI Periódico Retiro Trabajo en alturas

TRABAJADOR

Apellidos: Rojano Nombres: Jennifer Andrea

Identificación: 53043331 Tel: 3019483017 Sexo: F Edad: 37

Cargo: técnico en auxiliar farmacéutico Destro: SI Zurdo:

Se ordenan los siguientes exámenes:

EXAMEN OCUPACIONAL	SI	OPTOMETRÍA		AUDIOMETRÍA	
OSTEOMUSCULAR	SI	ELECTROCARDIOGRAMA		ESPIROMETRÍA	
GLICEMIA		COLESTEROL		TRIGLICÉRIDOS	
Otros:					

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones		Puede continuar su labor	
Apto con restricciones que no limitan su labor		Puede continuar con reubicación laboral	
Apto para el cargo	SI	Examen de retiro satisfactorio	
Aplazado por restricciones		Examen de retiro con patología	
Apto para trabajo en alturas		No apto	

Prescripciones médicas ocupacionales: No Reporta.

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal	SI	Valoración por:	
Hacer pausas activas	SI	Reubicación laboral temporal:	
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio	SI	Rehabilitación ocupacional:	
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica		Realización de pruebas complementarias	

Otras:

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO

C.C. 53 043 331 Jennifer Rojano

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que fui informado/a sobre mis enfermedades y mi estado de salud. TRABAJADOR EXAMINADO

Indice derecho

V1 - 2021

ANEXO OSTEOMUSCULAR	Día 24	Mes Febrero	Año 2021.
	TIPO DE EXAMEN	Ingreso X	Periódico —	Retiro —

El presente anexo es parte integral de la historia clínica ocupacional como resultado de la evaluación médica ocupacional

Apellidos Riaño	Nombres Yenniter Andrea.
ID: 53043331.	Sexo Femenino.	Edad: 37 años.

PERFIL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL (No aplica para examen de Ingreso)	
riesgo ergonómico en el cargo	
Manipulación de cargas	Horas de trabajo por jornada
Esfuerzos más frecuentes	Usa ayudas mecánicas?
Movimientos repetitivos?	Postura habitual
Distancia que camina por día	Herramientas que usa
Manipula objetos pesados?	Qué peso máximo levanta?

MOVILIDAD	DERECHA			IZQUIERDA			REVISIÓN POR SÍNTOMAS			
SEGMENTO	FLEX	EXT	ABDUC	FLEX	EXT	ABDUC.	SINTOMA	SI	NO	COMENTARIO
Hombro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Cervicalgia			
Coxofemoral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Dorsalgia			
Mano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Lumbalgia			
Cuello de pie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Artralgia			
	FLEXION		EXTENSION	FLEXION		EXTENSIÓN	Tendinitis			
Codo	✓		✓	✓		✓	Amputaciones			
Rodilla	✓		✓	✓		✓				

COLUMNA VERTEBRAL	Cifosis? NO	Escoliosis? NO	Lordosis? NO	Flexión Normal

SISTEMA MUSCULAR	Normal	Anormal	SISTEMA MUSCULAR	Normal	Anormal	TEST ESPECÍFICOS	
Pectoral mayor	✓		Flexores de cadera	✓		Rascado de Apley	
Bíceps braquial	✓		Extensores de cadera	✓		Phalen (T.Carpo)	—
Tríceps braquial	✓		Cuádriceps	✓		Tinel (T.Carpo)	—
Supraespinoso	✓		Gemelos	✓		Test Lassegue	
Infraespinoso	✓		Marcha puntillas	✓		Finkelstein (Qv.)	
Deltoides	✓		Marcha talones (L5S1)	✓		Test epicondilitis	

DIAGNOSTICO. Lesiones laborales óseas o musculares .?	
Limitaciones	No
Malformaciones	No
Secuelas	No

RECOMENDACIONES

Dr. Gustavo Contreras Salamanca Medico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O. 1088 de 2015 Secretaría Distral de Salud

Dr. Gustavo Contreras Salamanca
MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
Especialista Salud Ocupacional
Resolución 1088 de 2015 S.D.S.

NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO

C.C. 53043331 Yenniter Riaño
Trabajador Examinado

v. 1-2021

BOGOTA: ENERO 9 DE 2020

SEÑORES:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

La ciudad.

Respetados señores por medio de la presente me dirijo a ustedes para ofrecerles mis servicios como auxiliar en servicios farmacéuticos por prestación de servicios con la disponibilidad de tiempo de 192 horas para cumplir obligaciones requeridas, con responsabilidad, compromiso, honestidad y capacidad de aprendizaje.

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente:

YENNIFER ANDREA RIAÑO
CC..53043331