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:	Gloria Cecilia Moncada Pérez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	51851515	
CORREO ELECTRONICO:	paralamas19@hotmail.com				CELULAR:	3133119677	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A T FARMACIA USS 71 PATIO BONITO				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU55M05	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	1570057701				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1500			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1360	FECHA	2025-06-12 16:34:13.000	NÚMERO DE CRP	28262	FECHA	2025-06-24 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE FARMACIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-06-01		2025-06-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,143,836						
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:	$12,863,016
VALOR EJECUTADO	$10,361,874
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,143,836
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,501,142
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	81%

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
86978289	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
19470154
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
1) Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario.	Se recibe y Verifica que la formula medica cumpla con los cinco correctos de dispensacion	Archivo de formulas despachadas y entregadas a los pacientes del servicio
2) Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue.	Registrar los medicamentos entregados al paciente sean descargados del inventario en el aplicativo de Dinamica	Formulas cobradas en el aplicativo dinamica con su numero de cobro
3) Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.	Se deben señalizar oportunamente los medicamentos teniendo en cuenta la recepcion tecnica	Se deben señalizar oportunamente los medicamentos teniendo en cuenta la recepcion tecnica
4) Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.	Se debe programar quincenalmente la limpieza de los estantes y tener una buen almacenamiento de los insumos	Se diligencia el formato 08-04 FO-0172 una vez realizada la limpieza y desinfeccion, mueble de insumos y mueble de ampollas asi como recipientes plasticos
5) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Se deben diligenciar mensualemente losformatos con letra legible , los formatos de conteos ciclicos, registro de formulas, control de temperatura y medicamentos pendientes	formatos 08-04-FO-0126, 08-04FO0058, 08-04FO-0038 y 08-04-FO-0059
6) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Mensualmente se debe entregar el formato de actividades al jefe para su revision	informe de actividades por orden de prestacion en el aplicativo Suresoc
7) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Socializacion Asegurate de Mayo Guia buena practica procedimiebntos seguros, lista de asistencia.
8) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Se realiza la revision de formulas diarias	Informar a la Regente, a la Qf, las fallas que se encuentren en el desarrollo de mis actividades y buscar soluciones
9) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realizar oportunamente los formatos establecidos enla institucion para el desempeño de mis actividades	Formato control fechas de vencimiento 08-04-FO-0054, Reporte conteo ciclico de medicamentos y dispositivos 08-04-FO-0126, Formato registro de limpieza y desinfeccion 02-02-FO-0012
10) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .	No se generaron productos
11) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Dar buen uso a los equipos y elementos a mi cargo para el desempeño de mis actividades	Buen estado del equipo de computo, escritorio, silla y demas elementos asignados para el buen desarrollo de mis actividades
12) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes, formulas mal diligenciadas en excel y la facturacion que hacemos en dinamica	Mensualmente se despachan las formulas solicitas por el servicio, se realiza registro formato 08-04-FO-0059, Formulas dispensadas del 1 al 25 Junio 2025, Ambulatorias 737 y Urgencias 318.
13) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Descargar planilla y se paga aportes en linea al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales	Mensualmente anexar a la cuenta de cobro la constancia de pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales, Planilla de pago mes de mayo del 2025 # 86978289
14) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..	Se realizaron actividades relacionadas con el objetivo de mi contrato	Se realizaron actividades relacionadas con el objetivo de mi contrato

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
19470154
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:

GLORIA CECILIA MONCADA PEREZ

CC.51.851.515 DE BOGOTA

La suma de $2.143.836 (Dos millones ciento cuarenta y tres mil ochocientos treinta y seis pesos m/cte). Por concepto de: Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Farmacia 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 del 1 al 30 Junio/2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1500-2025.



GLORIA CECILIA MONCADA PEREZ

CC. 51.851.515 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 0570001570057701

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	51851515	GLORIA CECILIA MONCADA PEREZ	CALLE 35BIS No. 78 L 43	4505091	paralamas19@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	30/05/2025	86978289	$440.500	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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	51851515	GLORIA CECILIA MONCADA PEREZ	CALLE 35BIS No. 78 L 43	4505091	paralamas19@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	30/05/2025	86978289	$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51851515	MONCADA PEREZ GLORIA CECILIA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

· Los recursos para el pago de incapacidades por enfermedad general de los cotizantes.
· Los recursos para financiar actividades de promoción y prevención (PyP)

Para llevar a cabo este proceso, la ADRES realiza cruces de información entre diversas fuentes, tales como:

· La información reportada por los operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA.
· El recaudo de los aportes en las cuentas maestras de titularidad de la ADRES asignadas a cada EPS.
· La Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.
· Información sobre personas fallecidas, documentos de identificación cancelados o no válidos reportados por la Registraduría Nacional del Estado Civil, Migración Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social.
· Información de afiliación reportada por las entidades que administran los regímenes especiales y de excepción.

¿Qué significa que un afiliado esté compensado?

¿Qué implicaciones tiene para los afiliados?

¿Qué hacer si aparecen días no compensados?

¡UPS! PROCESO DE MANTENIMIENTO



ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	51851515
NOMBRES	GLORIA CECILIA
APELLIDOS	MONCADA PEREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/26/2025 11:29:13	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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		
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 GLORIA CECILIA MONCADA.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 GLORIA CECILIA MONCADA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 2025 GLORIA CECILIA MONCADA.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2025 GLORIA CECILIA MONCADA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Nueva Designación Supervisión - Rodrigo González Fonseca.pdf	Nueva Designación Supervisión -Rodrigo González Fonseca.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 GLORIA CECILIA MONCADA.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 GLORIA CECILIA MONCADA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO 2025 GLROIA CECILIA MONCADA PEREZ.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 2025 GLROIA CECILIA MONCADA PEREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	REPORTE DE CONTEO CÍCLICO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN EL SERVICIO FARMACEUTICO	VERSION:	2
		FECHA DE APROBACION:	3/06/2025
		CODIGO:	08-04-FO-0126

UNIDAD:___ PUENTE ARANDA FARMACIA:____PATIO BONITO_____

RESPONSABLE DE LA REVISIÓN : GLORIA CECILIA MONCADA P

FECHA DE VERFICACION	CODIGO PRODUCTO	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	LABORATORIO FABRICANTE	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	REGISTRO INVIMA	cantidad fisica	cantidad sistema	¿EL MEDICAMENTO O DISPOSITIVO MEDICO	OBSERVACIO
8/06/2025	MED020	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA mg. 500 MG	AG MEDICAMENTOS GENERICOS	24C033	jun-26	2023M-0002317-R3	27.647	27.647	CUMPLE	
8/06/2025	MED032	ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG TABLETA mg. 100MG	GENFAR	960578	ene-27	2013M-0002447-R1	21.636	21.636	CUMPLE	
8/06/2025	MED043	ACICLOVIR 200 MG TABLETA	GENFAR	E01913A	sep-27	2022M-012398-R4	130	130	CUMPLE	
8/06/2025	MED732	FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA mg. 1 MG	ECAR	E010288	ene-26	2022M-011236-R3	1.040	1.040	CUMPLE	
8/06/2025	MED733	FOLICO ACIDO 5 MG TABLETA mg. 5 MG	ECAR	D020342	feb-25	2008M-010389-R2	0	0	CUMPLE	
8/06/2025	MED078	ALBENDAZOL 200 MG TABLETA mg. 200 MG	GENFAR	E01710D	1/8/2026	2022M-012390-R4	4	4	CUMPLE	
8/06/2025	MED088	ALDOMET 250MG TB ALFAMETILDOPA	COLOMBIANA S A S	P0016411	1/8/2027	2023M-005601-R4	20	20	CUMPLE	
8/06/2025	MED130	AMOXICILINA 500 mg CAPSULA mg. 500mg	DELTA	233132259	31/8/2026	2021M-0020359	2.933	2.933	CUMPLE	
8/06/2025	MED155	ACIDO ASCORBICO 500 mg TABLETA mg. 500mg	ECAR	E100646	1/10/2026	2022M-006894-R4	2.860	2.860	CUMPLE	
8/06/2025	MED091	ALOPURINOL 100 mg TABLETA mg. 100 MG	MEDICAMENTOS GERENICOS	24A824	1/3/2026	2023M-14320-R4	0	0	CUMPLE	
8/06/2025	MED092	ALOPURINOL 300 MG TABLETA	MEMPHIS	8124	31/3/2026	2016M-002562-R2	0	0	CUMPLE	
8/06/2025	MED119	AMLODIPINO 5 mg TABLETA mg. 5 MG	GENFAR	E02559A	1/9/2026	2022M-006138-R3	5.050	5.050	CUMPLE	
8/06/2025	MED117	AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA mg. 25 MG	GENFAR	936981	1/9/2026	2020M-002794-R3	900	900	CUMPLE	
8/06/2025	MED167	ATORVASTATINA 20MG TB	ECAR	E0207	18/3/2026	2022M-0005892-R2	4	4	CUMPLE	
8/06/2025	MED168	ATORVASTATINA 40MGTB	ECAR	F010082	31/1/2027	2022M-0016377-R1	12	12	CUMPLE	
8/06/2025	MED208	BISACODILO 5 mgTABLETA mg. 5 mg	BUSSIE	618B23A	1/8/2026	2023M-0004952-R2	2.949	2.949	CUMPLE	
8/06/2025	MED259	CALCITRIOL 0.25 mcg CAPSULA MICROGRAMO 0,25 mcg	INTERNATIONAL	1529569	1/7/2027	2023M-0002275-R3	1.080	1.080	CUMPLE	
8/06/2025	MED260	CALCITRIOL 0.5 mcg CAPSULA MICROGRAMO 0,5 mcg	CLOMED	1533837	1/8/2026	2019M-0003054-R2	450	450	CUMPLE	
8/06/2025	MED255	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D 1500 mg + 200 ui TABLETA mg. 1500 mg+200 ui	LEBRIUT	95541	1/12/2026	2022M-0013527-R1	4.800	4.800	CUMPLE	
8/06/2025	MED262	CAPTOPRIL 25 mg TABLETA mg. 25 mg	BUSSIE	619A02A	1/9/2026	2014M-015268-R2	16	16	CUMPLE	
8/06/2025	MED264	CAPTOPRIL 50 MG TABLETA MG 50 MG	BUSSIE	620B02	1/1/2027	2014M-015272-R2	0	0	CUMPLE	
8/06/2025	MED265	CARVEDILOL 6.25 TABLETA MG 6.25 MG	GENFAR	CCL2009	1/5/2024		0	0	CUMPLE	

Indicaciones de diligenciamiento:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	REPORTE DE CONTEO CÍCLICO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN EL SERVICIO FARMACÉUTICO	VERSION:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		FECHA DE APROBACION:	8/06/2025	
		CODIGO:	08-04-FO-0126	

UNIDAD USS PATIO BONITO

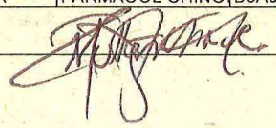
FARMACIA:PATIO BONITO

RESPONSABLE DE LA REVIS GLORIA C MONCADA P 8/06/2025

FECHA DE VERFICACION	CODIGO PRODUCTO	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	LABORATORIO FABRICANTE	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	REGISTRO INVIMA	ANTIDAD FISIC	CANTIDAD SISTEMA	¿EL MEDICAMENTO O DISPOSITIVO MEDICO PRESENTA ALGÚN DETERIORO EN SU ASPECTO? (CUMPLE O NO CUMPLE)	OBSERVACIONES
8/06/2025	MED267	CARBAMAZEPINA 200 MG TABLETA	LAPROFF S.A.S	95788	1/01/2027	2015M-014867-R2	1430	1430	CUMPLE	
8/06/2025	MED294	CEFALEXINA 500MG TABLETA	RECIPE	624A57	1/09/2025	2021M-0001707-R2	190	190	CUMPLE	
8/06/2025	MED256	CARBONATO DE CALCIO 600MG TB RECUBIERTA	SIEGFRIED	23331124	1/11/2027	2016M-002873-R2	3490	3490	CUMPLE	
8/06/2025	MED339	CIPROFLOXACINA 500 MG TABLETA	FAES FARMA	c230701	1/06/2026	2018M-14315-R3	177	177	CUMPLE	
8/06/2025	MED373	CLONIDINA 0.150MG TABLETA	ECAR	E101113	nov-26	2009M-0009253	994	994	CUMPLE	
8/06/2025	MED374	CLOPIDOGREL 75MG TABLETAS RECUBIERTAS	BRE07040A	BRE07040A	1/06/2026	2018M-0014559-R1	26	26	CUMPLE	
8/06/2025	MED378	CLORFENIRAMINA 4 MG TABLETA	ECAR	D110042	1/11/2025	2021M-013218-R3	1030	1030	CUMPLE	
8/06/2025	MED356	CLARITROMICINA 500	GENFAR SANOFI	937209	30/03/2026	2020M-0007529-R1	22	22	CUMPLE	
8/06/2025	MED402	COLCHICINA 0.5MG TABLETA	LAPROFF S.A.S	91605	1/05/2026	2020M-0010477-R1	570	570	CUMPLE	
8/06/2025	MED507	DIFENHIDRAMINA HCI 50MG CAPSULAS	OPHALAC	2401029	1/06/2027	2023M-0001535-R2	0	0	CUMPLE	
8/06/2025	MED512	DIMENHIDRINATO 50 MG TABLETA	ECAR	E120836	1/12/2026	2016M-015044-R2	1287	1287	CUMPLE	
8/06/2025	MED536	DOXICICLINA 100 MG COMPRIMIDOS	GENFAR SANOFI	ECL1867	1/05/2027	2021M-0004678-R2	100	100	CUMPLE	
8/06/2025	MED496	DICLOXACILINA 500MG	LA SANTE	3339297	1/11/2026	2022M-0004619-R2	343	343	CUMPLE	
8/06/2025	MED488	DICLOFENACO 50 MG GRAGEAS	ECAR	E090041	1/09/2026	2022M-0003022-R2	572	572	CUMPLE	
8/06/2025	MED560	ENALAPRIL MALEATO 20 MG TABLETA	ANGLOPHARMA	2401038	1/11/2026	2023M-0005089-R2	1147	1147	CUMPLE	
8/06/2025	MED600	ESOMEPRAZOL 20 MG TB CON CUBIERTA ENTERICA	FARMACOL CHINO	B4H002	1/08/2026	2014M-0015160	5715	5715	CUMPLE	

3/06/2025	MED606	ESPIRONOLACTONA 25 MG COMPRIMIDOS	GENFAR SANOFI	950024	1/11/2026	2023M-0006839-R2	870	870	CUMPLE	
3/06/2025	MED605	ESPIRONOLACTONA 100 MG TABLETA					0	0	CUMPLE	
3/06/2025	MED711	FLUCONAZOL 150 MG CAPSULAS	BIOQUIFAR	208323	jun-25	2021M-0010762R-1	0	0	CUMPLE	
8/06/2025	MED756	FUROSEMIDA 40 MG TABLETA	GENFAR SANOFI	EO1672A	1/07/2026	2019M-004573-R4	1468	1468	CUMPLE	
8/06/2025	MED770	GEMFIBROZILO 600 MG COMPRIMIDOS	GENFAR SANOFI	E01750A	1/08/2026	2020M-000186-R3	1515	1515	CUMPLE	
8/06/2025	MED1129	METIMAZOL 5MG TABLETA	SIEGFRIED	12100624	1/06/2026	2017M-0011946-R1	230	230	CUMPLE	
8/06/2025	MED1131	METOCARBAMOL 750 MG TABLETA	LABINCO S.A.S	114B83	1/07/2027	2015M-0004448-R1	610	610	CUMPLE	
8/06/2025	MED1132	METOCLOPRAMIDA 10 MG TABLETA	LAPROFF S.A.S	91131	1/04/2027	2020M-0002998-R2	409	409	CUMPLE	
8/06/2025	MED1136	METOPROLOL 100 MG TABLETA	ROPSOHN	230191	1/05/2025	2014M-013817-R2	0	0	CUMPLE	
8/06/2025	MED1160	METRONIDAZOL 500 MG TABLETA	ECAR	E110902	1/01/2027	2021M-007158 R3	2715	2715	CUMPLE	
8/06/2025	MED1138	METOPROLOL 50 MG COMPRIMIDOS	GENFAR SANOFI	E02710A	1/12/2026	2023M-0007318-R1	2843	2843	CUMPLE	
8/06/2025	MED1224	NAPROXENO 250 MG COMPRIMIDOS	GENFAR SANOFI	E02418A	1/11/2026	2021M-002839-R3	6420	6420	CUMPLE	
8/06/2025	MED1239	NIFEDIPINO 30MG CAPSULA	FARMACAPSULAS	2410001207	1/10/2027	2015M-0015659	6605	6605	CUMPLE	
8/06/2025	MED1251	NITROFURANTOINA 100 MG TABLETA	RECIPE SANFER	693B05	1/04/2026	2020M-0008104-R1	291	291	CUMPLE	
8/06/2025	MED1269	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	FARMACOL CHINO	B5A001	1/01/2027	2021M-013239-R3	8574	8574	CUMPLE	

FIRMA DE QUIEN VERIFICA:



Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	REPORTE DE CONTEO CÍCLICO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN EL SERVICIO FARMACEUTICO	VERSION:	2
		FECHA DE APROBACION:	22/06/2025
		CODIGO:	08-04-FO-0126

UNIDAD:___ PUENTE ARANDA FARMACIA:_____PATIO BONITO_____

RESPONSABLE DE LA REVISIÓN : GLORIA CECILIA MONCADA P

FECHA DE VERFICACION	CODIGO PRODUCTO	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	LABORATORIO FABRICANTE	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	REGISTRO INVIMA	cantidad fisica	cantidad sistema	¿EL MEDICAMENTO O DISPOSITIVO MEDICO	OBSERVACIO
22/06/2025	MED020	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA mg. 500 MG	AG MEDICAMENTOS GENERICOS	24C033	jun-26	2023M-0002317-R3	21.248	21.248	CUMPLE	
22/06/2025	MED032	ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG TABLETA mg. 100MG	GENFAR	960578	ene-27	2013M-0002447-R1	19.866	19.866	CUMPLE	
22/06/2025	MED043	ACICLOVIR 200 MG TABLETA	GENFAR	E01913A	sep-27	2022M-012398-R4	130	130	CUMPLE	
22/06/2025	MED732	FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA mg. 1 MG	ECAR	E010288	ene-26	2022M-011236-R3	830	830	CUMPLE	
22/06/2025	MED733	FOLICO ACIDO 5 MG TABLETA mg. 5 MG	ECAR	D020342	feb-25	2008M-010389-R2	0	0	CUMPLE	
22/06/2025	MED078	ALBENDAZOL 200 MG TABLETA mg. 200 MG	GENFAR	E01710D	1/8/2026	2022M-012390-R4	0	0	CUMPLE	
22/06/2025	MED088	ALDOMET 250MG TB ALFAMETILDOPA	COLOMBIANA S A S	PC016411	1/8/2027	2023M-005601-R4	20	20	CUMPLE	
22/06/2025	MED130	AMOXICILINA 500 mg CAPSULA mg. 500mg	DELTA	233132259	31/8/2026	2021M-0020359	2.813	2.813	CUMPLE	
22/06/2025	MED155	ACIDO ASCORBICO 500 mg TABLETA mg. 500mg	ECAR	E100646	1/10/2026	2022M-006894-R4	2.790	2.790	CUMPLE	
22/06/2025	MED091	ALOPURINOL 100 mg TABLETA mg. 100 MG	MEDICAMENTOS GERENICOS	24A824	1/3/2026	2023M-14320-R4	0	0	CUMPLE	
22/06/2025	MED092	ALOPURINOL 300 MG TABLETA	MEMPHIS	8124	31/3/2026	2016M-002562-R2	0	0	CUMPLE	
22/06/2025	MED119	AMLODIPINO 5 mg TABLETA mg. 5 MG	GENFAR	F00492A	1/3/2027	2022M-006138-R3	5.380	5.380	CUMPLE	
22/06/2025	MED117	AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA mg. 25 MG	GENFAR	936981	1/9/2026	2020M-002794-R3	840	840	CUMPLE	
22/06/2025	MED167	ATORVASTATINA 20MG TB	ECAR	E0207	18/3/2026	2022M-0005892-R2	4	4	CUMPLE	
22/06/2025	MED168	ATORVASTATINA 40MGTB	ECAR	F010082	31/1/2027	2022M-0016377-R1	12	12	CUMPLE	
22/06/2025	MED208	BISACODILO 5 mgTABLETA mg. 5 mg	BUSSIE	618B23A	1/8/2026	2023M-0004952-R2	2.739	2.739	CUMPLE	
22/06/2025	MED259	CALCITRIOL 0.25 mcg CAPSULA MICROGRAMO 0,25 mcg	INTERNATIONAL	1529569	1/7/2027	2023M-0002275-R3	900	900	CUMPLE	
22/06/2025	MED260	CALCITRIOL 0.5 mcg CAPSULA MICROGRAMO 0,5 mcg	CLOMED	1533837	1/8/2026	2019M-0003054-R2	240	240	CUMPLE	
22/06/2025	MED255	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D 1500 mg + 200 ui TABLETA mg. 1500 mg+200 ui	LEBRIUT	95541	1/12/2026	2022M-0013527-R1	3.750	3.750	CUMPLE	
22/06/2025	MED262	CAPTOPRIL 25 mg TABLETA mg. 25 mg	BUSSIE	619A02A	1/9/2026	2014M-015268-R2	4	4	CUMPLE	
22/06/2025	MED264	CAPTOPRIL 50 MG TABLETA MG 50 MG	BUSSIE	620b06	1/3/2027	2014M-015272-R2	99	99	CUMPLE	
22/06/2025	MED265	CARVEDILOL 6.25 TABLETA MG 6.25 MG	GENFAR	CCL2009	1/5/2024		0	0	CUMPLE	

Indicaciones de diligenciam ento:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	REPORTE DE CONTEO CÍCLICO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN EL SERVICIO FARMACÉUTICO	VERSION:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		FECHA DE APROBACION:	22/06/2025	
		CODIGO:	08-04-FO-0126	

UNIDAD USS PATIO BONITO

FARMACIA:PATIO BONITO

RESPONSABLE DE LA REVIS GLORIA C MONCADA P 22/06/2025

FECHA DE VERFICACION	CODIGO PRODUCTO	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	LABORATORIO FABRICANTE	LOTE	FECHA DE VENCIM ENTO	REGISTRO INVIMA	ANTIDAD FISIC	CANTIDAD SISTEMA	¿EL MEDICAMENTO O DISPOSITIVO MEDICO PRESENTA ALGÚN DETERIORO EN SU ASPECTO? (CUMPLE O NO CUMPLE)	OBSERVACIONES
22/06/2025	MED267	CARBAMAZEPINA 200 MG TABLETA	LAPROFF S.A.S	95788	1/01/2027	2015M-014867-R2	1190	1190	CUMPLE	
22/06/2025	MED294	CEFALEXINA 500MG TABLETA	RECIPE	624A57	1/09/2025	2021M-0001707-R2	620	620	CUMPLE	
22/06/2025	MED256	CARBONATO DE CALCIO 600MG TB RECUBIERTA	SIEGFRIED	23331124	1/11/2027	2016M-002873-R2	2950	2950	CUMPLE	
22/06/2025	MED339	CIPROFLOXACINA 500 MG TABLETA	FAES FARMA	c230701	1/06/2026	2018M-14315-R3	157	157	CUMPLE	
22/06/2025	MED373	CLONIDINA 0.150MG TABLETA	ECAR	E101113	nov-26	2009M-0009253	993	993	CUMPLE	
22/06/2025	MED374	CLOPIDOGREL 75MG TABLETAS RECUBIERTAS	BRE07040A	BRE07040A	1/06/2026	2018M-0014559-R1	26	26	CUMPLE	
22/06/2025	MED378	CLORFENIRAMINA 4 MG TABLETA	ECAR	D110042	1/11/2025	2021M-013218-R3	930	930	CUMPLE	
22/06/2025	MED356	CLARITROMICINA 500	GENFAR SANOFI	937209	30/03/2026	2020M-0007529-R1	52	52	CUMPLE	
22/06/2025	MED402	COLCHICINA 0.5MG TABLETA	LAPROFF S.A.S	91605	1/05/2026	2020M-0010477-R1	510	510	CUMPLE	
22/06/2025	MED507	DIFENHIDRAMINA HCI 50MG CAPSULAS	OPHALAC	2401029	1/06/2027	2023M-0001535-R2	0	0	CUMPLE	
22/06/2025	MED512	DIMENHIDRINATO 50 MG TABLETA	ECAR	E120836	1/12/2026	2016M-015044-R2	1166	1166	CUMPLE	
22/06/2025	MED536	DOXICICLINA 100 MG COMPRIMIDOS	GENFAR SANOFI	ECL1867	1/05/2027	2021M-0004678-R2	180	180	CUMPLE	
22/06/2025	MED496	DICLOXACILINA 500MG	LA SANTE	3339297	1/11/2026	2022M-0004619-R2	265	265	CUMPLE	
22/06/2025	MED488	DICLOFENACO 50 MG GRAGEAS	ECAR	E090041	1/09/2026	2022M-0003022-R2	432	432	CUMPLE	
22/06/2025	MED560	ENALAPRIL MALEATO 20 MG TABLETA	ANGLOPHARMA	2401068	1/11/2026	2023M-0005089-R2	1036	1036	CUMPLE	
22/06/2025	MED600	ESOMEPRAZOL 20 MG TB CON CUBIERTA ENTERICA	FARMACOL CHINO	B4H002	1/08/2026	2014M-0015160	4665	4665	CUMPLE	

22/06/2025	MED606	ESPIRONOLACTONA 25 MG COMPRIMIDOS	GENFAR SANOFI	950024	1/11/2026	2023M-0006839-R2	780	780	CUMPLE	
22/06/2025	MED605	ESPIRONOLACTONA 100 MG TABLETA					0	0	CUMPLE	
22/06/2025	MED711	FLUCONAZOL 150 MG CAPSULAS	BIOQUIFAR	208323	jun-25	2021M-0010762R-1	0	0	CUMPLE	
22/06/2025	MED756	FUROSEMIDA 40 MG TABLETA	GENFAR SANOFI	EO1672A	1/07/2026	2019M-004573-R4	1228	1228	CUMPLE	
22/06/2025	MED770	GEMFIBROZILO 600 MG COMPRIMIDOS	GENFAR SANOFI	E01750A	1/08/2026	2020M-000186-R3	1245	1245	CUMPLE	
22/06/2025	MED1129	METIMAZOL 5MG TABLETA	SIEGFRIED	12100624	1/06/2026	2017M-0011946-R1	170	170	CUMPLE	
22/06/2025	MED1131	METOCARBAMOL 750 MG TABLETA	ANGLOPHARMA	2501017	1/04/2027	2022M-012910-R2	1970	1970	CUMPLE	
22/06/2025	MED1132	METOCLOPRAMIDA 10 MG TABLETA	LAPROFF S.A.S	91131	1/04/2027	2020M-0002998-R2	389	389	CUMPLE	
22/06/2025	MED1136	METOPROLOL 100 MG TABLETA	ROPSOHN	250089	1/03/2027	2014M-013817-R2	870	870	CUMPLE	
22/06/2025	MED1160	METRONIDAZOL 500 MG TABLETA	ECAR	E110902	1/01/2027	2021M-007158 R3	2584	2584	CUMPLE	
22/06/2025	MED1138	METOPROLOL 50 MG COMPRIMIDOS	GENFAR SANOFI	E02710A	1/12/2026	2023M-0007318-R1	2093	2093	CUMPLE	
22/06/2025	MED1224	NAPROXENO 250 MG COMPRIMIDOS	GENFAR SANOFI	E02418A	1/11/2026	2021M-002839-R3	5964	5964	CUMPLE	
22/06/2025	MED1239	NIFEDIPINO 30MG CAPSULA	FARMACAPSULAS	2410001207	1/10/2027	2015M-0015659	6331	6331	CUMPLE	
22/06/2025	MED1251	NITROFURANTOINA 100 MG TABLETA	RECIPE SANFER	693B05	1/04/2026	2020M-0008104-R1	228	228	CUMPLE	
22/06/2025	MED1269	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	FARMACOL CHINO	B5A001	1/01/2027	2021M-013239-R3	7284	7284	CUMPLE	

FIRMA DE QUIEN VERIFICA:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS	Versión:	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	31/10/2024	
		Código:	08-04-FO-0143	

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaboracor que Alista los medicamentos :	Marleny Forero
Colaboracor que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Marleny Forero
Fecha: 25-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario ____ Domiciliario ____ Estrategias: Cerca a Casa ____ A su Casa ____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 1012354905 Cristian Johan Pinto Ramirez	No. HISTORIA 23444068 Zoila Rosa Sanchez Albornoz	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A.	N/A.			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A.			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Gloria C. Moncada P.
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Gloria C. Moncada P.
Fecha: 24-6-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA: Maria Nery Diaz Rivera 20410053	No. HISTORIA: 80158456 Leiver Olaya Sanchez	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo AZUL y/o NARANJA respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS	Versión:	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	31/10/2024	
		Código:	08-04-FO-0143	

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Gabriel Atencia
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Gabriel Atencia
Fecha: 23/06/2025	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA ANNA SOFIA CASTILLO 1300004839	No. HISTORIA HIDENEFER GAMBOA 1077462864	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son co ocedas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos .	Clara C. Monada P
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Clara C. Monada P
Fecha: 22 - 6 - 25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA Nyma el Haimondo Beltran chaadi 3027457	No. HISTORIA Jorge Alexander Gil Pari 79725469	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Gloria E. Moncada P
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Gloria E. Moncada P
Fecha: 21-6-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA Margarita Vallejos 518516 11	No. HISTORIA Ruben Alexander Zamora Colmenares 28235324	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo AZUL y/o NARANJA respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud: **USS PATIO BONITO**

Colaborador que Alista los medicamentos : Gloria C Mancado

Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos: Gloria C Mancado

Fecha: 20-6-25

Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA Luis Antonio Criado Martinez 93287941	No. HISTORIA Alex Uriel Perez Bedoya 1110499850	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificacores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo AZUL y/o NARANJA respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio.	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la cosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico, ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico, ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico, ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando, cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Marley Forero J.
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Marley Forero J.
Fecha: 19-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 52197380 Luz Dary Ruiz Aldana CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA 79271782 Jose Nelson Ramirez Cordero CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento LASA o Medicarrento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo AZUL y/o NARANJA respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio.	N/A.	N/A.			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A.			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud: **USS PATIO BONITO**

Colaborador que Alista los medicamentos : Marley Forero

Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos: Gloria Moncada

Fecha: 18-06-25 Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 5882089 Efrain Castellanos S.	No. HISTORIA 1001339798 Dayanna Lucia Dominguez Franco	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 icentificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son origirales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A.	N/A.			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A.			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Marleny Forero J.
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Marleny Forero J.
Fecha: 17-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario____ Domiciliario____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 51635412 Carmen Lucia Bustos CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA 1122127238 Jose David Segura Cortes CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad. Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A	N/A.			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A.			

Observaciones adicionales:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS	Versión:	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	31/10/2024	
		Código:	08-04-FO-0143	

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Gloriow Moncada
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Marleny Forero J.
Fecha: 16-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 79529815 Carlos Alberto Rodriguez	No. HISTORIA 52105196 Claudiow Milena Gomez Romero	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A.	N/A.			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico, ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico, ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico, ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Marleny Forero
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Marleny Forero
Fecha: 15-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 2998351 Pedro Antonio Rodriguez.	No. HISTORIA 1043647534 Josue David Hernandez Gómez	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificacores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Marleny Forero
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Marleny Forero
Fecha: 14-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

N°	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 79617226 Leonel Ardila Mateus CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA 1057463325 Jose Orlando Arias Jimenez CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación de adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistardo son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Marleny Forero
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Marleny Forero
Fecha: 13-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario ___ Domiciliario ___ Estrategias: Cerca a Casa ___ A su Casa ___

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 7989956 Orlando Jose Marquez Machin	No. HISTORIA 5239973 Luz Stella Naranjo	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobanco la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha ce nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las cue son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está al stando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS	Versión:	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	31/10/2024	
		Código:	08-04-FO-0143	

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Marleny Forero
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Gloria Moncada
Fecha: 12-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 40270186 Leonilde Carolena S Yajima	No. HISTORIA 1141566 Martin Suarez Gomez	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobanco la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en cosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Arte cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Canlidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** Brinda información al pacierte sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Madeny Forero
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Madeny Forero
Fecha: 21-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario____ Domiciliario____ Estrategias: Cerca a Casa____ A su Casa____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 1144362349 Laura Ximena Ahumada Zambrano	No. HISTORIA 5766843 Regulo José Tuta Lopez	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO -
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento LASA o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo AZUL y/o NARANJA respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio	N/A.	N/A.			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier cuda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatoro)	Si	N/A.			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Gloria Moncada
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Maglory Ramos.
Fecha: 10-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA: 28438628 Elda Ines Lopez Rojas CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA: 1030523726 Angela Viviana Fula CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el mecicamento prescrito para el paciente indicadc.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A.	N/A.			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes ce dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verificá el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A.			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Maslemy Forero.
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Maslemy Forero
Fecha: 09-06-25.	Servicio: Ambulatorio + Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 21677269 Beatriz Elena Becerra Martinez	No. HISTORIA 1053821539 Hugo Marino Gonzalez	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A.	N/A.			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenaca por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A.			

Observaciones adicionales:

Secretaría de Salud · Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS	Versión:	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	31/10/2024	
		Código:	08-04-FO-0143	

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Gloria C. Blanco P
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Gloria C. Blanco P
Fecha: 8-6-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA Ashley Valeria Fula Lopez 1141382900	No. HISTORIA Andres Mercedes Ramirez Martinez 1082929767	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del pacierte a través de los 4 dentificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Gloria E. Moncada P
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Gloria E. Moncada P
Fecha: 7 - 6 - 25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA: Maria Fraspoldo Rodriguez Pinedo 354 59145	No. HISTORIA: Jhon Fredy Medina 80122352	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frío .	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulte con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS	Versión:	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	31/10/2024	
		Código:	08-04-FO-0143	

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Gloria e. Moncada P
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Marleny Forero
Fecha: 6- 6- 25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA Jhoan Felipe Villanueva 1031147915 CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA 1062702906 Merenis Maria Jimenez Arcuelo CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenaca por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Marleny Forero
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Marleny Forero
Fecha: 05-06	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario____ Domiciliario____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 65692678 María Elicenia Arteaga Rojas CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA 79680161 Omar Caicedo Rodriguez CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobanco la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha ce nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, corcentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A.	N/A.			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A.			

Observaciones adicionales:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS**	Versión:	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	31/10/2024	
		Código:	08-04-FO-0143	

Sede de Servicios de Salud:	**USS PATIO BONITO**
Colaborador que Alista los medicamentos :	Gloria Moncada
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Marleny Forero L.
Fecha: 4-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 52037749 Fanny Castellanos N.	No. HISTORIA 1030520709 Victor Manuel Torres Romero	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento LASA o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frío .	N/A.	N/A.			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Marlenis Forero J.
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	
Fecha: 03-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA 1001046738 Adriana Patricia Vargas Sanchez CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA 1082981166 Maicol Andres Pinilla Pulido CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad, Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólicos en cosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A.				
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A.			

Observaciones adicionales:

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

LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Versión:	3
Fecha de aprobación:	31/10/2024
Código:	08-04-FO-0143

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Sede de Servicios de Salud:	USS PATIO BONITO
Colaborador que Alista los medicamentos :	Gloria E. Morcada P.
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Gloria E. Morcada P.
Fecha: 2-6-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA: Angel Sosas Mendoza Montes 775 4072 — CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA: Dayhana Camila cardenas sanchez. 1111042549 — CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA — CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA — CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	No. HISTORIA — CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes ce dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso de que aplique) frente a lo que va dispensar. Identificación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad. Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Alto Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistando son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio..	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con el médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinda información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica el grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**LISTA DE DOBLE CHEQUEO PARA DETECTAR ERRORES DURANTE EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS**	Versión:	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	31/10/2024	
		Código:	08-04-FO-0143	

Sede de Servicios de Salud:	**USS PATIO BONITO**
Colaborador que Alista los medicamentos :	Nancy Castro
Colaborador que realiza el doble chequeo y entrega los medicamentos:	Nancy Castro
Fecha: 1-06-25	Servicio: Ambulatorio X Urgencias X Hospitalario_____ Domiciliario_____ Estrategias: Cerca a Casa_____ A su Casa_____

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. HISTORIA Ebelin Alexandra Farfan Bolaños 1141370257	No. HISTORIA Hermes Rico Sanchez 1042445929	No. HISTORIA	No. HISTORIA	No. HISTORIA
		CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)	CUMPLIMIENTO (SI - NO - NA)
1	**Paciente CORRECTO:** • Verificar la identidad del paciente a través de los 4 identificadores institucionales antes de dispensar el medicamento comprobando la orden médica y factura (en caso ce que aplique) frente a lo que va dispensar. Identifcación Redundante: Nombre de paciente, documento de identidad, edad Fecha de nacimiento. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	Si			
2	**Medicamento CORRECTO:** • Identifica el medicamento en forma plena, leyendo su nombre, concentración y fecha de vencimiento en las etiquetas, las que son originales en el medicamento o las que son colocadas en el reempaque de sólidos en dosis unitarias. • Comprueba que es el medicamento prescrito para el paciente indicado.	Si	Si			
3	Verificar que los medicamento **LASA** o Medicamento de Allo Riesgo que tengan la identificación del adhesivo **AZUL** y/o **NARANJA** respectivamente	Si	Si			
4	Verifica si de los medicamentos que está alistanco son de control especial y/o medicamentos que requieren cadena de frio .	N/A	N/A			
5	**Dosis CORRECTA:** • Verifica que la dosis ordenada por el médico en la prescripción médica sea la correcta. • Ante cualquier duda sobre la dosificación, consulta con al médico del servicio antes de dispensarla?	Si	Si			
6	**Vía de administración Correcta:** Revisa la vía de administración ordenada por al médico. ante cualquier duda sobre la vía de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
7	**Frecuencia Correcta:** Revisa la Frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
8	**Cantidad CORRECTA:** Revisa la Cantidad de medicamento de acuerdo a la frecuencia de administración ordenada por el médico. ante cualquier duda sobre la frecuencia de administración consulta con el médico del servicio antes de dispensarla? deja evidencia de esta gestión?	Si	Si			
9	**Comunicación Redundante:** . Brinca información al paciente sobre los medicamentos que le está dispensando , cual es la indicación del medicamento y verifica e grado de comprensión por parte del usuario. (Aplica a paciente Ambulatorio)	Si	N/A			

Observaciones adicionales:

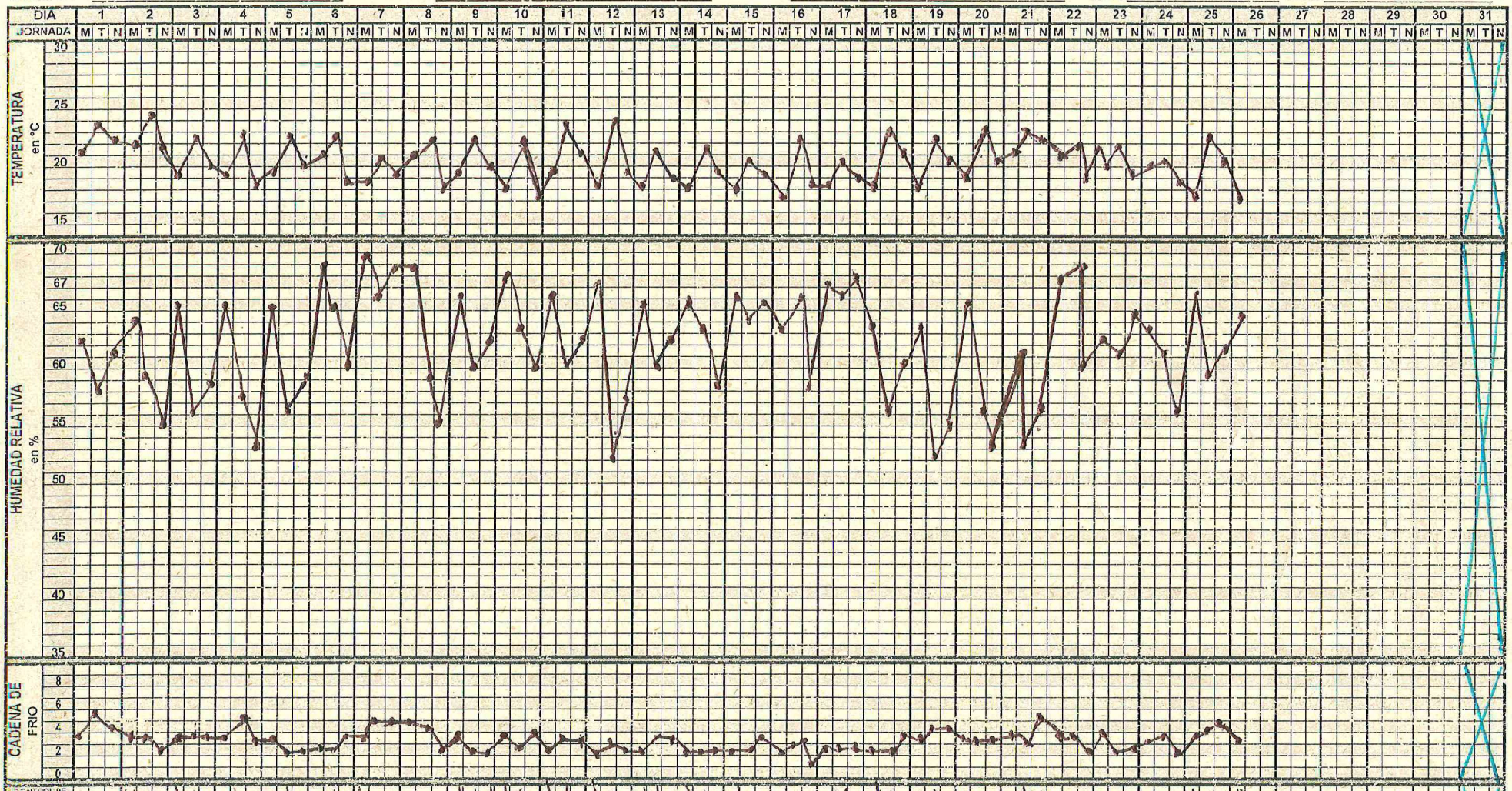
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA SERVICIO FARMACÉUTICO

Versión:	6
Fecha de aprobación:	12/11/2022
Código:	08-04-FO-0038

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

EQUIPO : SERIE: IH -23-705 SERVICIO : FARMACIA PATIO BONITA ÁREA : FARMACIA MES: JUNIO AÑO: 2025



MAÑANA : Alrededor de las 9:00 a.m.
TARDE : Alrededor de las 3:00 p.m.
NOCHE : Alrededor de las 9:00 p.m.

TEMPERATURA MIN. 15°C
TEMPERATURA MAX 30°C

HUMEDAD RELATIVA MIN.: 35%
HUMEDAD RELATIVA MAX. 67%

TEMPERATURA. CADENA DE FRIO MIN : 2°C
TEMPERATURA. CADENA DE FRIO MAX. : 8°C

OBSERVACIONES:

VERIFICADO POR : Dilly Andrade M/RF

C: CUMPLE NC: NO CUMPLE N/A: NO APLICA

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

REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

Versión	5
Fecha de aprobación	21/03/2025
Código	08-04-FO-2072

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SEDE: PATIO BONITO

SERVICIO: FARMACIA

FECHA	HORA	ÁREA	TURNO (M: mañana, T: tarde N1 y N2: noche C: completo)	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD 1. RUTINARIA	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD 2. TERMINAL	SOLUCIÓN O AGENTE DESINFECTANTE	EQUIPOS Y MOBILIARIOS: NEVERA (S)	CONGELADOR PARA GEL REFRIGERANTE	TERMOHIGRÓMETROS	OTRO, CUAL?	ESTANTES O MUEBLES DE ALMACENAMIENTO	CAJETINES DE MEDICAMENTOS	ESCALERILLA	CARROS DE DISPENSACIÓN	MESONES DE TRABAJO	DISPENSADORES DE ALCOHOL	SILLAS DE TRABAJO	OTRO, CUAL?	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE PROTECCIÓN VISUAL (Monogafas o careta)	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
22-05-25	8a9AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	NA	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny Forero	Zully AM/RF	
23-05-25	8a9AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	NA	X	NA	X	X	X	X	X	X	X	NA	NA	Marleny Forero	Zully AM/RF	
24-5-25	9:AM	Farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	NA	Gloria e M	Zully AM/RF	
24.5.25	8:PM	farmacia	N	X		Tableta fabrica Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Gabriel	Zully AM/RF	
25-5-25	9: AM	Farmacia	M		X	Detergente Neutro	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Gloria e M	Zully AM/RF	
26-5-25	8a9AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny Forero	Zully AM/RF	
27-5-25	9:AM	Farmacia	M	X		Tableta Desinfectante	X	NA	X	NA	X	X	X	X	X	X	X	NA	NA	Gloria e M	Zully AM/RF	
28-5-25	8a9AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.	Zully AM/RF	
29-5-25	9:AM	Farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Gloria e M	Zully AM/RF	
30-5-25	8:AM	Farmacia	M	X	X	Tableta Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Gabriel	Zully AM/RF	
31-05-25	7:30AM	farmacia	M	X	X	Tableta desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Gabriel	Zully AM/RF	
1-6-25	8:00am	farmacia	NC	X		Tableta Desinfectante	X	NA	X	NA	X	X	X	X	X	X	X	NA	NA	Nancy Castro	Zully AM/RF	
2-6-25	8:AM	Farmacia	M	X		Tableta Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Gloria M	Zully AM/RF	
3-06-25	8a9AM	farmacia	M	X		Tableta Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.	Zully AM/RF	
4-06-25	8a9AM	farmacia	M	X		Tableta Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.	Zully AM/RF	
5-06-25	8a9AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.	Zully AM/RF	
6-6-25	9:AM	Farmacia	M	X		Tableta Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Gloria e M	Zully AM/RF	
7-6-25	9:AM	Farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Gloria e M	Zully AM/RF	
8-6-25	11:AM	Farmacia	M		X	Tableta Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Gloria e M	Zully AM/RF	
9-6-25	8a9AM	farmacia	M			Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.	Zully AM/RF	
10-06-25	9:AM	Farmacia	M			TABLETA DESINFECTAN	X	NA	X	NA	X	X	X	X	X	X	X	NA	NA	Marleny F.	Zully AM/RF	
11-06-25	8a9AM	farmacia	M			Tableta Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.	Zully AM/RF	

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

REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

Versión:	5
Fecha de aprobación:	21/03/2025
Código:	08-04-FO-0072

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SEDE: PATIO BONITO

SERVICIO: FARMACIA

FECHA	HORA	ÁREA	TURNO (M:mañana, T: TARDE N1 y N2: noche C: completo)	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: 1. RUTINARIA	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: 2. TERMINAL	SOLUCIÓN O AGENTE DESINFECTANTE	EQUIPOS Y MOBILIARIOS: NEVERA (S)	CONGELADOR PARA GEL REFRIGERANTE	TERMOHIGRÓMETROS	OTRO, CUAL?	ESTANTES O MUEBLES DE	CAJETINES DE MEDICAMENTOS	ESCALERILLA	CARROS DE DISPENSACIÓN	MESONES DE TRABAJO	DISPENSADORES DE ALCOHOL	SILLAS DE TRABAJO	OTRO, CUAL?	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE PROTECCIÓN VISUAL (Monogafas o caretas)	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SUPERVISA LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
12-06-25	8aq AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectan	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A.	Marleny F.		
13-06-25	7a8 AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectant	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.		
14-06-25	7a8 AM	farmacia	M		X	Tabletas Desinfect.	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.		
15-06-25	8aq AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.		
16-06-25	8aq AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.		
17-06-25	8aq AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A.	Marleny F.		
18-06-25	8aq AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.		
18-06-25	9-10 pm	Farmacia	N		X	Tabletas desinfectantes	N/A	N/A	N/A	N/A	X	X	N/A	N/A	X	N/A	X	N/A	N/A	Laura Romero		
19-06-25	8aq AM	farmacia	M	X		Tabletas desinfect.	N/A	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Marleny F.		
20-6-25	8AM	Farmacia	M	X		Tabletas desinfectante	X	NA	X	NA	X	X	X	X	X	X	X	NA	NA	Cla. - e		
21-6-25	9:AM	Farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	X	NA	X	NA	X	X	X	X	X	X	X	NA	NA	Clara M.		
22-6-25	10AM	Farmacia	M		X	Tabletas Desinfectantes	X	NA	X	NA	X	X	X	X	X	X	X	NA	NA	Clara-M		
23-6-25	7:30A	Farmacia	M	X		tableta desinfectante	X	NA	X	NA	X	X	X	X	X	X	X	NA	NA	Cabuel		
24-6-25	8:30A	Farmacia	M	X		Tabletas desinfectantes	X	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A	Clara-M		
24-06-25	9-10 PM	Farmacia	N	X		Tabletas desinfectantes	X	NA	X	NA	X	X	X	X	X	X	X	NA	NA	Laura Romero		
24-06-25	9-10 pm	Farmacia	N	X		Tabletas desinfectantes	NA	N/A	N/A	N/A	N/A	X	N/A	N/A	X	X	X	N/A	N/A	Laura Romero		
25-06-25	8aq AM	farmacia	M	X		Tabletas Desinfectante	N/A	N/A	X	N/A	X	X	X	X	X	X	X	N/A	N/A.	Marleny F.		