| 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: | YINETH ANDREA VASQUEZ MUÑOZ | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 53088353 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | sofys222@gmail.com | | | | CELULAR: | 6017753765 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A USU ATENCION AL USUARIO USS 17 TRINIDAD GALÁN | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | SU41O02 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 15430683389 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5072 | | | VIGENCIA | | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2140 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 49411 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2025-10-01 | | 2025-10-31 | | | |
| 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: | $5,601,636 |
| VALOR EJECUTADO | $5,601,636 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,143,836 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 34862543 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 4 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LUPE ADELAIDA PINILLA ORTEGA
52767411
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 |
|---|---|---|
| Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario | Se resive la formulas de urgencias y se verifica los 4 inequivocos y en dinamica se descargala formula, procedo a alistar y dispensar la formula realizando su doble chequeo | se realiza alistamiento y dispensacion de formulas para el servicio de urgencias. |
| Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descarge | se confirma los medicamentos y dispositivos medicos que son solicitados por dinamica. | serealiza descargue o confirmacion de todas las formulas requeridas bajo el aplicativo dinamica o de manera |
| Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido. | Se realiza la verificacion del buen estado del medicamento, y se procede a la buena practica de dispensación para la entrega a paciente. | verificar los datos del paciente:(nombre, cedula, edad, etc) mas la informacion de la formula medica posterior a eso el suministro al paciente |
| Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo. | Realizar semanalmente la limpieza de estantes según el tramo 1 Y 2 Se procede a organizar los medicamentos según grupo ( tabletas) y clasificacion en orden alfabetico. | Se lleva a cabo la respectiva limpieza y desinfeccion de stant 1 y 2 a mi cargo y registro en el formato, registro de limpieza y desinfección cod 08-04-FO-0072 para el adecuado almacenamiento de medicamentos |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.. | En el mes deSEPTIEMBRE se diligencian totalmente, oportunamente y con letra legible los formato de conteo cíclico de medicamentos y dispositivos médicos en el servicio farmacéutico, Formato Registro de entrega de fórmulas, control de temperatura y humedad relativa y Formato de registro medicamentos pendientes | Diligenciar diariamente los diferentes formatos de temperatura y humedad, N° 08-04-FO-0038 control de limpieza y desinfección rutinaria y terminal, FORMATO: 08-04-FO-0072 indicadores y pendientes. FORMATO # 08-04-FO-0059, Formato, Y 08-04-FO-0059 Formato de registro medicamentos pendientes |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. " | Realizar la entrega oportuna de los informes solicitados que intervienen en el proceso de calidad | Reporte de conteo cíclico de medicamentos y dispositivos médicos en el servicio farmacéutico Formato No 08-04-FO-0126, reg, Control de temperatura y humedad relativa servicio farmacéutico No 08-04-FO-0038, Formato de registro medicamentos pendientes No 08-04-FO0059 |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Realizar oportunamente las actividades mensuales relacionadas con cada una de las obligacines contractuales | Se entrega oportunamente el informe con las respectivas actividades realizadas para ser certificadas por el supervisor |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Dar el trato adecuado de los equipos de trabajo ( computadores, escritorios ) para realizar nuestra labores. | verificar e informar en el recibido de turno el buen estado de los elementos de trabajo, para luego ser reportado oportunamente por la pagina de intranet en caso de ser necesario. |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Asistir a los encuentros de aprendizaje programados por la subred | Cse diligencia por medio del link asistencias a si mismo diligenciamiento de pre-test y pos-test |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. " | Utilizando la mesa de ayuda | poner el Ticket según la ayuda necesaria por medio del aplicativo de la mesa de ayuda. |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | tener conocimiento de los procedimientos establecidos para asi mismo poder implementarlos y retroalimentarse. | se cumple con los procedimientos establecidos por la subred en el mes de Septiembre |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. " | Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Según establecidos a nivel subred |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato." | Realizacion oportunamente de las actividades mensuales relacionadas con cada una de las obligaciones contractuales. | se da el cumplimiento al 100 % certificando a la adherencia y cumplimiento de los procedimientos establecidos para cumplimiento del servicio farmaceutico a si mismo se entrega evidencias al supervisor del contrato. |
| Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio " | Al finalizar mi contrato entregar los implementos que me han sido asignados para el desarrollo de mis actividades en perfecto estado. | velar por los implementos para que los puedan seguir siendo utilizados |

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente " | Alistamiento y dispensacion de formulas del area de urgencias - se realiza conteo y digitacion correcta de formulas de consulta de urgencias y se llena el drive de manera diaria - se diligencia excel de entregas a su casa por mensajero - se realiza doble chequeo de talleres de entrega a su casa. | ormulas alistadas y dispensadas al servicio de urgencias, diligenciamiento en drive , doble chequeo de talleres bajo el Formato 08-04-FO-0143 lista de doble chequeo para detectar errores durante el alistamiento y entrega de medicamentos , verificacion de digitacion correcta y conteo de las formulas de consulta externa y urgencias. |
| 16.Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato" | Pagar oportunamente la seguridad social, pension,ARL y reportar oportunamente cualquier novedad al supervisor de contrato. | Numero de planilla - 34862543 |

LUPE ADELAIDA PINILLA ORTEGA
52767411
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.**

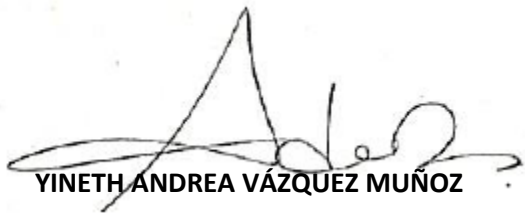
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YINETH ANDREA VÁZQUEZ MUÑOZ**

**CC: 53088353 DE BOGOTA**

La suma de ($ 2.143.836 m/cte.). Por concepto de: Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Farmacia Como AUXILIAR DE FARMACIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CENTRO DE SALUD TRINIDAD GALAN de acuerdo al requerimiento institucional. Durante el periodo del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 5072-2025



**YINETH ANDREA VÁZQUEZ MUÑOZ**

**CC: 53088353 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO: 15430683389**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | YINETH ANDREA VASQUEZ MUÑOZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-53088353 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-10-29 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-10-30 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-10-30 |
| ENTIDAD DE PAGO: | NEQUI |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-09 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-09 |
| NÚMERO PLANILLA: | 34862543 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 34862543 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 1.800 | $ 178.000 | $ 179.800 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 2.300 | $ 227.800 | $ 230.100 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 400 | $ 34.700 | $ 35.100 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 4.500 | $ 440.500 | $ 445.000 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 14/11/2025 |