

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Yefry Barragan caicedo					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1031181330
CORREO ELECTRONICO:			yefry0713barragn@gmail.com			CELULAR:		3212194189
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	B035106	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488418445240				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		7688			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	1748	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		CAMILLERO						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-12-05			2025-12-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,442,736				
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:						\$1,623,078		
VALOR EJECUTADO						\$1,442,736		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,442,736		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$180,342		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						89%		
El intervisor 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	APOORTE A SALUD 12.5% IBC	APOORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APOORTE ARL	TOTAL APORTES		
0000	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
carlos alberto corredor 1070020178 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área	Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área.	Apoyo asistencial brindado al profesional del servicio, contribuyendo al adecuado desarrollo de las actividades del área asignada.
2) Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas	: Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Atención básica proporcionada a los pacientes, garantizando bienestar, comodidad y trato humanizado.
3) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligenciar adecuadamente los formatos o instrumentos propios del servicio.	Formatos e instrumentos institucionales diligenciados de manera completa, legible y oportuna.
4) Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante.	Procedimientos ejecutados conforme a las órdenes médicas, protocolos y competencias establecidas.
5) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención.	Retroalimentar a la supervisión sobre dificultades del proceso de atención.	Reportes oportunos de novedades y dificultades del proceso de atención comunicados a la supervisión.
6) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Elementos institucionales utilizados y conservados adecuadamente durante la ejecución del contrato.
7) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participar en jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos.	Participación efectiva en jornadas de capacitación, inducción y reuniones institucionales.
8) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred.	Aplicación y apoyo en la implementación de los procedimientos y lineamientos institucionales.
9) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registrar las actividades realizadas en el sistema de información de la Subred.	Registros actualizados de las actividades asistenciales en el sistema de información institucional.
10) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entregar constancia de afiliación y pago a seguridad social.	Entregar constancia de afiliación y pago a seguridad social.
11) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizar las demás actividades asignadas acordes con el objeto del contrato.	Actividades complementarias ejecutadas conforme al objeto contractual.

carlos alberto corredor
1070020178
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

Medellín, 19 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que YEFRY BARRAGAN CAICEDO identificado(a) con C1031181330 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10311813302535346413

BOGOTA, Noviembre 12 de 2025

Señor:

BARRAGAN CAICEDO YEFRY

CC. 1031181330CRR13C 57 44 SUR TUNJUELITO - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 15 de 2003. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
BARRAGAN CAICEDO YEFRY	1031181330	C	Oct-15-2003	497	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
YEFRY BARRAGAN CAICEDO	1031181330	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YEFRY BARRAGAN CAICEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.181.330**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

12/11/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YEFRY BARRAGAN CAICEDO**
con **Cédula de Ciudadanía** número **1031181330**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488418445240
Fecha de apertura	07/01/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

		Ruta de acceso a la intranet/Almora para verificación de documentos guías. Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001) Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales) Procesos de auditoría interna y externa que están relacionados con su proceso. Información sobre programas de P y D Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001) Eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003 RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almora 02-05-RES-0045-2022						
13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO								
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombre y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)								
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describe el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)								
FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	URGENCIAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES	
	URGENCIAS	Médico Profesional en Enfermería Auxiliar de enfermería	ACTIVIDADES Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención Guías de práctica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias Procedimiento de atención en urgencias Manual del Triage Procedimiento de Central de referencia y atención en traslados Buenas prácticas en seguridad del paciente					
	TRANSPORTE MEDICALIZADO	Médico Auxiliar de enfermería	ACTIVIDADES Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención procedimiento de atención en urgencias / CICLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS Guías de práctica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias Procedimiento de traslados internos, referencia, y contrarreferencia Buenas prácticas en seguridad del paciente priorizadas para servicios de urgencias					
		Conductor de Ambulancia	ACTIVIDADES Procedimiento para revisión del vehículo para garantizar la operación diaria del mismo Actividades de apoyo a la auxiliar de enfermería para traslados Diligenciamiento de formatos de control Programación para asistencia a capacitación en seguridad del paciente Procedimiento para el mantenimiento de las móviles					
		Radioperador Auxiliar y bachiller	ACTIVIDADES Conocer el procedimiento de referencia y contrarreferencia Procedimiento de traslados internos Manejo de base de datos de datos sínc Manejo de bases de datos de traslados internos Establecer criterios de remisión Entrenamiento en seguridad del paciente					
		Otros perfiles (describir el perfil)	ACTIVIDADES Camillero					
14. VALORACIÓN DEL COLABORADOR			15. VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO					
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___		Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI ___ NO ___		Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:				
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___		Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI ___ NO ___						
16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración				Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente	
17. FIRMA DEL COLABORADOR		Yefry Barragán		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO	19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO			

 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		Versión: _____ Fecha de aprobación: 18/03/2025 Código: 04-01-FO-0021		
1. Colaborador	Nuevo OPS ☒ Cambio Perfil OPS ☐ Nuevo Planta ☐ Reubicado Planta ☐					
2. Nombres y apellidos del colaborador	Yefy Barragan Cuicedo					
3. Documento	Tipo de Documento: C.C. ☒ C.E. ☐ Pasaporte ☐ Visa ☐ Número: 103481330					
4. Perfil o cargo	Camillero					
5. Dependencia- Proceso - Área	Hospitalar					
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS ☒ PLANTA ☐ TERCEROS ☐ OTROS ☐ CUAL: _____					
7. Fecha de Ingreso / Reubicación a la Subred	DÍA 9 MES 12 AÑO 2025					
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	REALIZACIÓN ACTIVIDAD			OBSERVACIONES
			SI	NO	N/A	
9/12/2025		Entrega de Clave Aula Virtual	☒			
		Se realizó Afiliación a la ARL	☒			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	☒			
		Entrega de Carnet Institucional	☒			
		Sensibilización Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)	☒			
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
9/12/2025		Entrega de usuario y contraseña	☒			
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes	☒			
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad	☒			
		Firma digital	☒			
FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que emite invitación para el encuentro virtual)	10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO) (Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Específicas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Humanización				
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo				
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres				
		Participación y Atención al Usuario				
		Gestión de la Tecnología				
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS				
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública				
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia				
		Gestión Documental				
		Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI				
11. DIRECCIONES / OFICINAS						
INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)						
Lugar de Ubicación Colaborador						
Servicio donde va a desarrollar actividades						
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)						
Fecha de Finalización (D/M/A)						
12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO						
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano				
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal				
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.				
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades				
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y/o funciones y asuntos personales.				
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece				
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)				
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)				
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuoccidente.gov.co/)				
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)				
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)				
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)				
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica				



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

Bogotá D.C.

DOCTORA.
ALEXANDRA PORRAS RAMIREZ
DIRECTORA.
DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
AVENIDA 1A MAYO # 40 B 54.
KENNEDY.

Asunto: Comunicación presentación a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Respetado(a) Doctor(a):

En atención al requerimiento de fecha 9/19/2025 y radicado en la Dirección de Talento Humano para proveer un CAMILLERO me permito presentarle al señor(a) **BARRAGAN CAICEDO YEFRY** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1031181330 quien realizará las actividades requeridas, a partir de la fecha de inicio de ejecución del contrato en el SECOP.

Cordialmente.

JAYSON GALINDO ALVIZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV.
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Aprobado por:	Jayson Galindo	Profesional Especializado IV Gestión del Talento Humano		12-2025
Revisado por:	Luis Felipe López Avendaño.	Técnico Administrativo I.		12-2025
Elaborado por:	Ivon Julieth Hernandez Rodriguez	Auxiliar Administrativo II.		12-2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.031.181.330**
BARRAGAN CAICEDO

APELLIDOS
YEFRY

NOMBRES

Yefry Barragan Caicedo

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUL-1999**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 **O+**

ESTATURA **G.S. RH**
18-JUL-2017 BOGOTA D.C.

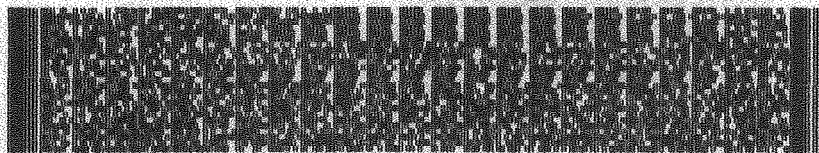
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

M

SEXO

[Signature]

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01134412 M-1031181330-20200226

0070259519A 1

9911966484