| No. ITEMS | Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | LISTA DE CHEQUEO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES A TENER EN CUENTA PARA FIRMA DE CUENTAS DE COBRO DE AUXILIARES DE FARMACIAS | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | COLABORADOR: | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SOPORTES DE ACTIVIDADES O PROCESOS | obligaciones | CÓDIGO FORMATO | FRECUENCIA | CUMPLE/NO CUMPLE |
| 1 | Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario. | APOYAR EL PROCESO DE DISPENSACION Y SUMINISTRO DELOS MEDICAMENTOS Y | Formato 08-04-FO-0143 | DIARIO | |
| 2 | Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue | TOTAL DE DIGITACION SISTEMA DINAMICA FORMULAS POR SISTEMA | Formato 08-04-FO-0058 | DIARIO | |
| 3 | Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido. | APOYAR EL PROCESO DE RECEPCION TECNICA DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIUVOS MEDICOS QUE LLEGUEN POR PARTE DE LOS PROVEEDORES Y VELAR QUE ESTOS CUMPLAN CON LAS CONDICIONES TECNICAS REQUERIDAS POR LA INSTITUCION | Formato 08-04-FO-0057 | DIARIO | |
| 4 | Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo | REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA ESTANTERIA DEL SERVICIO FARMACEUTICO | Formato 08-04-FO-0072 | SEMANAL | |
| 5 | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e | Según establecidos a nivel subred | | |
| 6 | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la | Manual Garantía de la Calidad | | |
| 7 | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | FORMATO MEDICAMENTOS PENDIENTES<br>REPORTE ERRORES DE PRESCRIPCION<br>FORMATO ERRORES DE DISPENSACION<br>FORMATO CONTROL FECHAS DE VENCIMIENTO | Formato 08-04-FO-0059<br>Formato 08-04-FO-0113<br>Formato 08-04-FO-0060<br>Formato 08-04-FO-0054 | DIARIO | |
| 8 | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades | Según establecidos a nivel subred | | |
| 9 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | ASISTENCIA OBLIGATORIA A LA UNIDAD DE ANALISIS TECNICO UAT | Acta 02-01-FO-0001<br>Realizacion pre-tes y pos-tes | MENSUAL | |
| 10 | Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Mesa Ayuda | Ticket | NECESIDAD DEL SERVICIO | |
| 11 | 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, además de apoyar la implementación de los | Según establecidos a nivel subred | | |
| 12 | 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 | Según establecidos a nivel subred | | |
| 13 | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | FORMATO MEDICAMENTOS PENDIENTES<br>REPORTE ERRORES DE PRESCRIPCION<br>FORMATO ERRORES DE DISPENSACION<br>FORMATO CONTROL FECHAS DE VENCIMIENTO | Formato 08-04-FO-0059<br>Formato 08-04-FO-0113<br>Formato 08-04-FO-0060<br>Formato 08-04-FO-0054 | DIARIO | |
| 14 | 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 | Según establecidos a nivel subred | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **15** | **Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio** | **FORMATO MEDICAMENTOS PENDIENTES<br>REPORTE ERRORES DE PRESCRIPCION<br>FORMATO ERRORES DE DISPENSACION** | **Formato 08-04-FO-0059<br>Formato 08-04-FO-0113<br>Formato 08-04-FO-0060** | | |
| **16** | **Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente** | **Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente** | **PLANILLA PAGO<br>CERTIFICADO DEL DOCUMENTO** | | |
| **17** | **Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato** | **CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS Y DERECTRICES EMITIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO** | **Acta 02-01-F0-0001** | **DIARIO** | |
| **18** | **REGISTRO CONTROL TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA** | **REGISTRO CONTROL TEMPERATURA Y HUMEDAD** | **Formato 08-04-FO-0038** | **DIARIO** | |
| **19** | **ENTREGA DE MEDICAMENTOS CONTROL ESPECIAL Y ALTO COSTO CADA TURNO (FARMACIA QUE APLIQUE )** | **ENTREGA DE MEDICAMENTOS CONTROL ESPECIAL Y ALTO COSTO CADA TURNO (FARMACIA QUE APLIQUE )** | **VERIFICAR FISICO, LIBRO Y SISTEMA DINAMICA** | **DIARIO** | |
| **20** | **REALIZAR TRASLADO ENTRE FARMACIAS POR DINAMICA** | **REALIZAR TRASLADO ENTRE FARMACIAS POR SIST** | **ORDENES DE DESPACHO** | **SEGUN NECESIDAD DEL SERVICIO** | |
| | | | | | |

OBSERVACIONES:

CADO POR: _____ A DE APLICADO: _____ REVISADO POR: _____

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 | 1012363319 | LUZ ANDREA CASTAÑO QUIMBAYO | transversal 40# 27 31 torre 14 apto 304 | 9006072 | ANDREA.1047@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CUNDINAMARCA | SOACHA | | 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 | |
| 2022-08 | 2022-08 | I | 20/09/2022 | 61265436 | $333.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 125.000 | 0 | | 0 | | 0 | 14 | 1.600 | 0 | 126.600 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 2.100 | 0 | 162.100 | 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 | 24.400 | | | | 24.400 | 14 | 400 | 24.800 | | | 244 | 24.800 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 20.000 | 14 | 300 | 20.300 | 1 |

**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 | 125.000 | 126.600 |
| Pensión | 1 | 160.000 | 162.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 24.400 | 24.800 |
| CCF | 1 | 20.000 | 20.300 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 329.400 | 333.800 |

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 |
| CC | 1012363319 | LUZ ANDREA CASTAÑO QUIMBAYO | | transversal 40# 27 31 torre 14 apto 304 | 9006072 | ANDREA.1047@HOTMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | SOACHA | 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 | |
| 2022-08 | 2022-08 | I | 20/09/2022 | 61265436 | $333.800 | |

## 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 | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 | 1012363319 | CASTAÑO QUIMBAYO LUZ ANDREA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.000.000 | 125.000 | 14-11 | 1.000.000 | 3 | 24.400 | CCF24 | 1.000.000 | 20.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1012363319 |
| NOMBRES | LUZ ANDREA |
| APELLIDOS | CASTAÑO QUIMBAYO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA |
| MUNICIPIO | SOACHA |

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EPS FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/05/2019 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** | 09/20/2022 21:43:25 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1012363319 | CASTAÑO | QUIMBAYO | LUZ | ANDREA | 2019-04 | SALUD TOTAL S.A. | COTIZANTE |
| CC | 1012363319 | CASTAÑO | QUIMBAYO | LUZ | ANDREA | 2018-01 | SALUD TOTAL S.A. | BENEFICIARIO |
| CC | 1012363319 | CASTAÑO | QUIMBAYO | LUZ | ANDREA | 2022-07 | FAMISANAR E.P.S. | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 04/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 03/2019 | 26 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 01/2018 | 2 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 08/2017 | 21 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 05/2017 | 24 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 04/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 02/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 01/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 12/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 11/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 10/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 09/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 08/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 07/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 06/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 05/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 04/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 03/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 02/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 01/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| SALUD TOTAL S.A. | 12/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 11/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 10/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 09/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 08/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 07/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 06/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 05/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 04/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 03/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 02/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 01/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 12/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 11/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 10/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 09/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 08/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 07/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 06/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 05/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 04/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 03/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 02/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 01/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 12/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 11/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUD TOTAL S.A. | 10/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

# DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

## NIT: 900.959.048-4

**DEBE A:**

**Luz Andrea Castaño Quimbayo**

**C.C 1012363319 DE BOGOTÁ**

La suma de UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS ($1.848.840) por concepto de: prestación de servicios como AUXILIAR DE FARMACIA en el área de farmacia de la unidad de BOSA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. durante el periodo de 1 de septiembre al 30 de septiembre 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5341-2022

Andrea Castaño Quimbayo

**LUZ ANDREA CASTAÑO QUIMBAYO**

**C.C 1012363319 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 624769411-01**

| 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: | LUZ ANDREA CASTAÑO QUIMBAYO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012363319 | |
| CORREO ELECTRONICO: | andrea.1047@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3125919413 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FARMACIA BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | B035M05 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 62476941101 | | | | | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5341 | | | VIGENCIA | | 2022 | |
| NÚMERO DE CDP | 388 | FECHA | 2022-02-01 12:40:38.000 | NÚMERO DE CRP | 15861 | FECHA | 2022-02-16 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE FARMACIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2022-09-01 | | 2022-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,848,840 | | | | |
| 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: | $42,266,736 |
| VALOR EJECUTADO | $13,865,940 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,848,840 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $28,400,796 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 33% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 61265436 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

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