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 REPORTE ERRORES DE PRESCRIPCION FORMATO ERRORES DE DISPENSACION FORMATO CONTROL FECHAS DE VENCIMIENTO	Formato 08-04-FO-0059 Formato 08-04-FO-0113 Formato 08-04-FO-0060 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 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 REPORTE ERRORES DE PRESCRIPCION FORMATO ERRORES DE DISPENSACION FORMATO CONTROL FECHAS DE VENCIMIENTO	Formato 08-04-FO-0059 Formato 08-04-FO-0113 Formato 08-04-FO-0060 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 REPORTE ERRORES DE PRESCRIPCION FORMATO ERRORES DE DISPENSACION**	**Formato 08-04-FO-0059 Formato 08-04-FO-0113 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 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	
2022-09	2022-09	I	21/10/2022	62019523	$334.000	

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	1.700	0	126.700	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	2.200	0	162.200	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	126.700
Pensión	1	160.000	162.200
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	334.000

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	
2022-09	2022-09	I	21/10/2022	62019523	$334.000	

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	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:	10/21/2022 10:32:54	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	2018-01	SALUD TOTAL S.A.	BENEFICIARIO
CC	1012363319	CASTAÑO	QUIMBAYO	LUZ	ANDREA	2019-04	SALUD TOTAL S.A.	COTIZANTE
CC	1012363319	CASTAÑO	QUIMBAYO	LUZ	ANDREA	2022-08	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
FAMISANAR E.P.S.	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
FAMISANAR E.P.S.	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
SALUD TOTAL S.A.	01/2016	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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 OCTUBRE al 31 de OCTUBRE 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5341-2022

Luz Andrea Castaño Quimbayo

LUZ ANDREA CASTAÑO QUIMBAYO

C.C 1012363319 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 624769411-01

Escaneado con CamScanner

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		
			2022-10-01		2022-10-31		
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	$15,714,780
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,848,840
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$26,551,956
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	37%

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
62019523	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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