

					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:			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	788	FECHA	2023-04-12 10:27:35.000		NÚMERO DE CRP	19423	FECHA	2023-04-17 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE FARMACIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2022-12-01			2022-12-31	
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					\$19,412,460			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$1,848,840			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$22,854,276			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					46%			
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	
63468188	\$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 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO 1022332239 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
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario.	APOYAR EL PROCESO DE DISPENSACION Y SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN FORMA OPORTUNA.	Formato 08-04-FO-0143
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
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.	APOYAR EL PROCESO DE RECEPCION TECNICA DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS 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
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
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 integralidad	Según establecidos a nivel subred
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 Calidad según requerimientos de la Subred	Manual Garantía de la Calidad
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"
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Según establecidos a nivel subred
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-F0-0001 Realizacion pre-tes y pos-tes"
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Mesa Ayuda	Ticket
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 mismos.	Según establecidos a nivel subred
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"	"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"
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
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 CONTROL FECHAS DE VENCIMIENTO"	"Formato 08-04-FO-0059 Formato 08-04-FO-0113 Formato 08-04-FO-0060 Formato 08-04-FO-0054"
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 EQUIVALENTE
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS Y DERECHOS EMITIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO	Acta 02-01-F0-0001

REGISTRO CONTROL TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	REGISTRO CONTROL TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA	Formato 08-04-FO-0038
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
REALIZAR TRASLADO ENTRE FARMACIAS POR DINAMICA	REALIZAR TRASLADO ENTRE FARMACIAS POR SISTEMA DINAMICA	ORDENES DE DESPACHO
<p>YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO 1022332239 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

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.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2022-11	2022-11	I	12/12/2022	63468188	TOTAL A PAGAR \$330.700

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	3	500	0	125.500	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	3	600	0	160.600	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	3	100	24.500			244	24.500	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	3	100	20.100	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	125.500
Pensión	1	160.000	160.600
Riesgos Laborales	1	24.400	24.500
CCF	1	20.000	20.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	330.700

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.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2022-11	2022-11	I	12/12/2022	63468188	\$330.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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

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:	12/12/2022 08:26:46	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](#)

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	2022-10	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE
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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
FAMISANAR E.P.S.	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
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
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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
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
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 M/CTE (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 al 31 de DICIEMBRE 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