

					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:			KATHERINE ARCINIEGAS					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1056908134
CORREO ELECTRONICO:			ingrikata87@hotmail.com			CELULAR:		310 3264947
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:	BBVA COLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			83351239				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		5379			VIGENCIA		2022	
NÚMERO DE CDP	788	FECHA	2023-04-12 10:27:35.000		NÚMERO DE CRP	20063	FECHA	2023-04-17 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE FARMACIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2023-03-01			2023-03-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,061,438			
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:					\$43,995,606			
VALOR EJECUTADO					\$25,439,604			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$2,061,438			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$18,556,002			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					58%			
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	
1052401431	\$908,526	\$113,566		\$145,364	3	\$22,132	\$281,062	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente. <div style="text-align: center;"> YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO 1022332239 Supervisor </div>								
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 DELOS 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	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	"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

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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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	1056908134
NOMBRES	INGRID KATHERINE
APELLIDOS	ARCINIEGAS BLANCO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/11/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/21/2023 07:41:35	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](#)

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1056908134	ARCINIEGAS	BLANCO	INGRID	KATHERINE	2017-07	CAFESALUD E.P.S S.A.	COTIZANTE
CC	1056908134	ARCINIEGAS	BLANCO	INGRID	KATHERINE	2023-02	E.P.S SURAMERICANA S.A	COTIZANTE
CC	1056908134	ARCINIEGAS	BLANCO	INGRID	KATHERINE	2021-10	MEDIMAS EPS S.A.S	COTIZANTE
CC	1056908134	ARCINIEGAS	BLANCO	INGRID	KATHERINE	2015-11	SALUDCOOP E.P.S ENTIDAD EN LIQUIDACIòN	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
E.P.S SURAMERICANA S.A	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	07/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	06/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SURAMERICANA S.A	05/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...				113 Registros en 12 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar

Descargar

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
INGRID KATHERINE ARCINIEGAS BLANCO
C.C 1056908134 DE SUSACON BOYACA

La suma de DOS MILLONES SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS (\$2.061.438) 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 DESALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. durante el periodo de 1 de MARZO al 31 de MARZO 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5379 - 2022

Ingrid Katherine Arciniegas
INGRID KATHERINE ARCINIEGAS BLANCO

C.C 1056908134 DE SUSACON BOYACA

CUENTA AHORROS BBVA

NUMERO 083-351239