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 | 1054553590 | CINDY PAOLA GONZALEZ QUINTERO | KR 93BN 34SUR 97 | 7340646 | cindypaola2018@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 11/09/2025 | 89666981 | $469.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 178.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 227.800 | 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 | 34.700 | | | | 34.700 | 0 | 0 | 34.700 | | | 347 | 34.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 28.500 | 0 | 0 | 28.500 | 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 | 178.000 | 178.000 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 227.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.700 |
| CCF | 1 | 28.500 | 28.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 469.000 | 469.000 |

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 | 1054553590 | CINDY PAOLA GONZALEZ QUINTERO | | KR 93BN 34SUR 97 | 7340646 | cindypaola2018@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | 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 | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 11/09/2025 | 89666981 | $469.000 | |

## 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 | 1054553590 | GONZALEZ QUINTERO CINDY PAOLA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.423.500 | 178.000 | 14-11 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | CCF22 | 1.423.500 | 28.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

ADRES

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1054553590 |
| NOMBRES | CINDY PAOLA |
| APELLIDOS | GONZALEZ QUINTERO |
| 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 | 01/04/2016 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| **Fecha de Impresión:** | 09/25/2025 10:10:16 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

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 base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

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 | 1054553590 | GONZALEZ | QUINTERO | CINDY | PAOLA | 2025-08 | EPS SURA | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS SURA | 08/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS SURA | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 01/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 12/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 11/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 10/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 09/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 08/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 07/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 06/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 05/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 04/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 03/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 02/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 01/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 12/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 11/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 10/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 09/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 08/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 07/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 06/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 05/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 04/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 03/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 02/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 01/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 11/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

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

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS SURA | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 02/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 01/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 12/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 11/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 10/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 09/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 08/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 07/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 06/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 05/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 04/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 03/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 02/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 01/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 12/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 11/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 10/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 09/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 08/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 07/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 06/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 05/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 04/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 03/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 02/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 01/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 12/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 11/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 10/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

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

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS SURA | 09/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 08/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 07/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 06/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 05/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 04/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 03/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 02/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 01/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 12/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 11/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 10/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 09/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 08/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 07/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 06/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 05/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SURA | 04/2016 | 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.

| 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: | CINDY PAOLA GONZALEZ QUINTERO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1054553590 | |
| CORREO ELECTRONICO: | cindypaola2018@gmail.com | | | | CELULAR: | 3118930659 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A T FARMACIA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE11M05 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7590425059 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1479 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1614 | FECHA | 2025-08-11 13:02:55.000 | NÚMERO DE CRP | 34316 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE FARMACIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-08-01 | | 2025-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,413,836 | | | | |
| 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: | $19,294,524 |
| VALOR EJECUTADO | $15,006,852 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,413,836 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4,287,672 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 78% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 88898904 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ANGELICA JULIETH BELTRAN NOVOA
1074418469
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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1 Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el personal de enfermería y camilleros | Recibe la formula verificar en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) facturar y entregar el medicamento al personal de urgencias | Se dispensaron 790Formulas del mes de AGOSTO 2025 correspondientes a las eps-s cotratadas por la subred urgencias. |
| 2 Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descarge | Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema dinámica | Se hizo el descargue 2400 medicamentos e insumos de AGOSTO 2025 |
| 3 Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido | Semaforizar oportunamente los medicamentos con base en la recepcion tecnica realizada mensualmente. | Se entrega aleatorio semanal en el formato 08-04FO-126 |
| 4 Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo | Programar quincenalmente la limpieza de estanterias y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos | Se diligencia el formato 08-04 FO-0172 una vez realizada la limpieza y desinfeccion, mueble de insumos y mueble de ampollas asi como recipientes plasticos |
| 5 Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Mensualmente se diligencian total y oportunamente y con letra legible... los formatos reporte de conteo ciclico de medicamentos, dispositivos medicos, registro de formulas, control de temperatura y humedad relativa y registro de medicamentos pendientes | formato 08-04-FO-0126, 08-04FO0058, 08-04FO-0038 y 08-04-FO-0059 |
| 6 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | Realizar la entrega oportuna de los informes solicitados que intervienen en el proceso de calidad | En el mes de AGOSTO 2025 se entrega indicadores y pendientes en los formatos 0804FO-0058, F 08-04-FO-0038 |
| 7 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes | En el mes de AGOSTO 2025 se registran 800 formulas registradas y 2400 medicamentos entregados e insumos Urgencias |
| 8Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas | Velar por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo | Soy cuidadosa con el equipo de computo y escaner, al terminar las funciones diarias y los entrego en buen estado |
| 9 Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Asegúrate del mes de AGOSTO 2025 | BUENAS PRACTICAS DE SALUD MENTAL |
| 10 Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Se realiza revision de formulas diarias | Se registran 5 formulas mal diligenciadas |
| 11Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Hacer seguimiento oportuno de los procesos y procedimientos establecidos por la subred y ajustar mi que hacer a estos procesos y procedimientos | Se realiza dispensacion, recepcion, almacenamiento y seguimento a medicamentos pendientes formato 08-04FO-0059 |
| "12Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales" | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación . | No se generaron productos |
| 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 | Realizar oportunamente las actividades programadas mensualmente por el supervisor | Se entrega oportunamente el informe con las respectivas actividades realizadas para ser certificadas por el supervisor |
| 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 | Garantizar el buen uso de los elementos asignados para desarrollar mi trabajo | Utilizo con cuidado y mantengo los elementos en buen estado |
| 15 Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes, formulas mal diligenciadas en excel y la facturacion que hacemos en dinamica | En el mes de AGOSTO 2025 se registraron 790 formulas, urgencias medicamentos he insumos entregados, 2400 formulas pendientes 2 formulas mal diligenciadas 5 a la fecha se realiza registro formato 08/04FO-0059 |
| 16 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Descargar planilla y se paga aportes en linea al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales | Se entrega oportunamente impresa y pagada la planilla asi como las certificaciones de salud, pension, riesgos profesionales para la certificacion, |
| 17 Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Se realizaron actividades relacionadas con el objetivo de mi contrato | Se realizan actividades acorde a lo establecido en mi contrato 1479-2025 |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

ANGELICA JULIETH BELTRAN NOVOA
1074418469
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

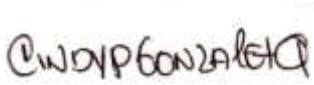
**CINDY PAOLA GONZALEZ QUINTERO**

**CC 1054553590 DE LA DORADA CALDAS**

**La suma de $ 2.143.836**

**por concepto de Pago Honorarios durante el periodo del 1 AL 30**

**De SEPTIEMBRE 2025 de Conformidad con lo establecido en el Contrato de Servicios No 1479 -2025**



**Cindy Paola González quintero**

**CC 1054553590 de la dorada caldas**

**Cuenta de Ahorros Banco Davivienda No 007590425069**