| 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 AMPARO GONZALEZ G | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52952627 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lagonzalez.ips.hco@gmail.com | | | | CELULAR: | 4710246 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A T FARMACIA USS 17 TRINIDAD GALÁN | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU41M05 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 74121666 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1498 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 248 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 3288 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Auxiliar de Farmacia | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-12-01 | | 2025-12-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,143,836 | | | | |
| 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: | $22,821,480 |
| VALOR EJECUTADO | $22,821,480 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,143,836 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1077182504 | $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 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
19470154
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 usuario. | Se resive la formulas de urgencias y se verifica los 4 inequivocos y en dinamica se descargala formula, procedo a alistar y dispensar la formula realizando su doble chequeo con el personal, jefes y auxiliares de enfermeria. | se realiza alistamiento y dispensacion de formulas para el servicio de urgencias. |
| 2- Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue | se confirma los medicamentos y dispositivos medicos que son solicitados por dinamica. | serealiza descargue o confirmacion de todas las formulas requeridas bajo el aplicativo dinamica o de manera manual cuando lo requiera. |
| 3- Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido. | se realiza la recepcion tecnica de los medicamentos y dispositivos medicos que llegan por parte de los proveedores y tralados entre sedes , se vela por su buen estado y condiciones optimas. | conservacion de los medicamentos y dispositivos medicos. Formato de control de temperatura y humedad relativo para el servicio farmaceutico formato 08-04-FO-0057 |
| 4-Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo | realizacion de limpieza y desinfeccion de estantes, medicamentos y dispositivos medicos. | formato de limpieza y desinfeccion rutinario sillas y mesa de trabajo y terminal estantes 5y6 Formato 08-04-FO-0072 |
| 5-Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | Diligencian de forma adecuada los formatos establecidos por la subred con el debido compromiso. | "se diligencia de manera oportuna. Formatode medicamentos pendientes 08-04-FO-0059 Formatode ciclicos 08-04-FO-0126 formato de control diario de stock de gases medicinales V1 08-04-FO-0237 formato de control de temperatura y humedad relativa servicio farmaceutico V6 08-04-FO-0038" |
| 6-Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas | cumplir a cavalidad de las normas del Sistema de Garantía de la Calidad de la subred. | regirse al Manual Garantía de la Calidad |
| 7-Elaborar informe sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | " Reporte de conteos Formato de control de fechas de vencimiento Formato de control diario de stock de gases medicinales Formato de control de temperatura y humedad " | " Formato reporte de conteos 08-04-FO-0126 Formato control de fechas de vencimiento 08-04-FO-0054 formato de control diario de stock de gases medicinales V1 08-04-FO-0237 formato de control de temperatura y humedad relativa servicio farmaceutico V6 08-04-FO-0038" |
| 8-Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | hacer uso adecuado de los implementos asignados para realizar mis actividades | Se verifica en el recibido de turno el buen estado de los elementos para desempeñar mi labor y en caso de presentarse alguna novedad se debe reportar mediante ticket a la mesa de ayuda de la subred. |
| 9-Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Asistir a los encuentros de aprendizaje programados por la subred | se diligencia por medio del link asistencias a si mismo diligenciamiento de pre-test y pos-test. |
| 10-Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Utilizando la mesa de ayuda | poner el Ticket según la ayuda necesaria por medio del aplicativo de la mesa de ayuda. |
| 11-Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | tener conocimiento de los procedimientos establecidos para asi mismo poder implementarlos y retroalimentarse. | se cumple con los procedimientos establecidos por la subred en el mes de Diciembre |
| 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 interinstitucionales y extra institucionales | Según establecidos a nivel subred |
| 13-actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | Realizacion oportunamente de las actividades mensuales relacionadas con cada una de las obligaciones contractuales. | se da el cumplimiento al 100 % certificando a la adherencia y cumplimiento de los procedimientos establecidos para cumplimiento del servicio farmaceutico a si mismo se entrega evidencias al supervisor del contrato. |
| 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 | Al finalizar mi contrato entregar los implementos que me han sido asignados para el desarrollo de mis actividades en perfecto estado. | velar por los implementos para que los puedan seguir siendo utilizados |
| 15-Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | Alistamiento y dispensacion de formulas del area de urgencias. | formulas alistadas y dispensadas al servicio de urgencias, doble chequeo para detectar errores durante el alistamiento y entrega de medicamentos. |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 16-Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Pagar oportunamente la seguridad social, pension,ARL y reportar oportunamente cualquier novedad al supervisor de contrato. | Numero de planilla - 1077182504 |
| 17-Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Cumplimiento a los lineamientos y directrices emitidas por el supervisor del contrato, se realiza entregas de medicamentos de control especial. | Acta 02-01-F0-0001 de cumplimiento, entrga de medicamentos de control especial ,registro y verificacion de formulas,registro en el libro bajo la Resolucion 315 de 2020 y la 1478 de 2006. |

RODRIGO GONZALEZ FONSECA
19470154
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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2026-01-19, 12:21:42 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077845628

**Periodo Cotización:** diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823619193

**PAGADO 19/01/2026**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO | | |
| **Documento** | CC52952627 | **Dirección** | CLL 54F SUR # 93C - 45 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4710246 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52952627 | LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (CCF21) CAFAM | $ 1.423.500 | $ 8.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 449.100 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 8.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 449.100 | $ 3.200 | $ 452.300 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

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 | 52952627 |
| NOMBRES | LUZ AMPARO |
| APELLIDOS | GONZALEZ GARATEJO |
| 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 FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/11/2019 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 01/28/2026 22:08:05 | 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

¡UPS! PROCESO DE MANTENIMIENTO




## ADRES

## Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

**Sede principal:**
**Centro Empresarial Elemento**
Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16

Código Postal 111071, Bogotá, D.C.

Línea fija en Bogotá 601 7450924, horario de Atención: De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Línea de atención telefónica Bogotá PBX +57 601 432 27 60

**Horarios de Atención:**
Radicación de correspondencia y atención presencial: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Correo electrónico correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 423 737 Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Si necesita radicar una petición, puede realizarla vía correo electrónico a correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.coo a través del siguiente enlace: https://www.adres.gov.co/portal-del-ciudadano/pqrsd

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO**

**C.C 52.952.627 DE BTA**

La suma de **Dos millones ciento cuarenta y tres mil ochocientos treinta y seis pesos m/cte. ($2.143.836),** por concepto de: Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1498-2025**

Luz Amparo Gonzalez

**LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO**

**C.C 52.952.627 DE BTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA**

**NUMERO CUENTA 74121666**