# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2026-08-27, 12:51:56 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1083569711 **Referencia pago(PIN)** 8810329154

**Periodo Cotización** 202607 **Periodo Servicio** 202607

**Cliente:**

## PAGADA 2026-08-13

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | INGRID KATHERINE ARCINIEGAS BLANCO | | | | |
| **Documento** | CC 1056908134 | **Dirección** | CL 72A SUR #78 D - 32 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3202632261 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1056908134 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | ARCINIEGAS BLANCO INGRID KATHERINE | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.750.905 | 25-14 | | 16 % | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | EPS010 | | 12,5 % | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.750.905 | $ 42.700 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SURA | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 42.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 541.800 |



**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!

| 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: | KATHERINE ARCINIEGAS | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1056908134 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ingrikata87@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3202632261 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A T FARMACIA- OCCIDENTE DE KENNEDY USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | KE10M05HK | 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 | 2183 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1714 | FECHA | 2026-08-13 15:54:28.000 | NÚMERO DE CRP | 29841 | FECHA | 2026-08-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE FARMACIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL 2026-08-01 | HASTA | FECHA FINAL 2026-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,817,080 | | | | |
| 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: | $21,740,760 |
| VALOR EJECUTADO | $21,740,760 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,817,080 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1083569711 | $1,526,832 | $190,854 | $244,293 | 3 | $37,194 | $472,341 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
22613614
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 |
|---|---|---|
| Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario. | Se recibe la formula y se verifica en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) cargar los insumos y entregar al servicio de suministros. | Se recibe la formula y se verifica en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) cargar los insumos y entregar al servicio de suministros. |
| Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue | Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema dinamica | se hizo el descargue de medicamentos e insumos |
| Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido. | Identificar oportunamente los medicamentos con base en la recepcion tecnica realizada mensualmente. | Se entrega aleatorio semanal en el formato 08-04-FO-0126 |
| Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo | Programar mensualmente la limpieza de estanterias y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos | Programar mensualmente la limpieza de estanterias y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | En el mes se diligencian total y oportunamente y con letra legible los formato de reporte de conteo ciclico de medicamentos y dispositivos medicos en el servicio farmaceutico y formato de registro de formulas de doble chequeo. | formatos diligenciados 08-04-FO-0126 y 08-04-FO-0143 |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | se realizaron actividades relacionadas con el objetivo de mi contrato | se realizan actividades acorde a lo establecido en mi contrato |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Realizar el control de temperatura de forma oportuna | En el mes se entregan indicadores , 08-04-FO-0038. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes | nforme de actividades por orden de prestacion en el aplicativo Suresoc |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Velar por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo | Soy cuidadoso con el equipo de computo y escaner, al terminar las funciones diarias y los entrego en buen estado |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | participar en los encuentros de aprendizaje y capacitaciones programados por el servicio farmaceutico | Socializacion Asegurate de Diciembre, lista de asistencia. |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion . |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | 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 baja rotacion formato 08-04FO-0054 |
| "Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato" | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion . | No se generaron productos |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Descargar planilla y se paga a 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 |
| Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | Formatos diligenciados 08-04-FO-0126, 08-04-FO-0143, 08-04--FO-0072, 08-04-FO-0054 Y 08-04-FO-0038. |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Garantizar el buen uso de los elementos asignados para desarrollar mi trabajo | utilizo con cuidado y mantengo los elementos en buen estado |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Registrar fechas de vencimiento de medicamentos y/o dispositivos medicosMensualmente se registra en el servicio, se realiza registro formato 08-04-FO-0054 | Mensualmente se registra en el servicio, se realiza registro formato 08-04-FO-0054 |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

GLEYRA JUDITH CABALLERO ARRIETA
22613614
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 AFACTURA**

**LASUBRED INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**INGRID KATHERINE ARCINIEGAS BLANCO**

**C.C1056908134 DESUSACON BOYACA**

La suma de **($**3.817.080**)** 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 agosto de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2183-2026.

Ingrid Katerine Arciniegas Blanco

**INGRIDKATHERINE ARCINIEGAS BLANCO**

**C.C 1056908134 DE SUSACON BOYACA**

**CUENTA AHORROS BBVA**

**NUMERO 083-351239**