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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1023902832 | |
| CORREO ELECTRONICO: | dkmendez63@gmail.com | | | | CELULAR: | 3105614418 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | COLECTOR REHABILITACION HOSPITALARIA USS FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO03H03 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 93200012371 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 999 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 3044 | FECHA | 2023-12-14 11:29:20.000 | NÚMERO DE CRP | 67125 | FECHA | 2023-12-15 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TERAPEUTA RESPIRATORIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-05-01 | | 2023-05-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,936,544 | | | | | | |
| 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: | $14,005,056 |
| VALOR EJECUTADO | $12,197,952 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,936,544 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,807,104 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 87% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 67831334 | $1,355,328 | $169,416 | $216,852 | 3 | $33,016 | $419,284 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | 1) Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio | 2) Hago ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio | SISTEMA DE INFORMACION - PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | 3) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | CUANDO SE ME REQUIERE |
| 4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado | 4) Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado | CUANDO SE ME REQUIERE |
| 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso | 5) Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso | REGISTRO NOTAS DE TERAPIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| 6) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | 6) Llevo registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | SISTEMAS DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION |
| 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. | 7) Participo en la programación de las actividades de la Subred. | CUANDO SE REQUIERA |
| 8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | 8) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 9) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | 9) Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES CUANDO SE REQUIERE |
| 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | 10) Imparto instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | PLAN MEDICO A REALIZAR |
| 11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 11) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | PROCESOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | 12) Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | CUANDO SE REQUIERA |
| 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | 13) Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | ORDENES Y PLAN RESPIRATORIO |
| 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | 14) Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES |
| 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. | 15) Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. | SISTEMA DE INFORMACION |
| 16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | 16) Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | SISTEMA DE INFORMACION |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | 17) Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - PROCESOS DE INVESTIGACION Y CONOCIMIENTO |
| 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | 18) Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado. | CUANDO SE REQUIERA |
| 19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | 19) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | 20) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | FORMATOS INSTITUCIONALES |
| 21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | 21) Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | CUANDO SE REQUIERA |
| 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 22) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | CUANDO SE REQUIERA |
| 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 23) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | 24) Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila) |
| 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | 25) Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | CUANDO LO REQUIERAN |

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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 Controlada Subred Suroccidente

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 | 1023902832 | DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA | calle 48 L# 5f-29 sur barrio bochica | 3105614418 | dkmendez63@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 17/05/2023 | 67831334 | $423.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 169.500 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 1.700 | 0 | 171.200 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 217.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 2.100 | 0 | 219.100 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 33.100 | | | | 33.100 | 8 | 400 | 33.500 | | | 331 | 33.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 169.500 | 171.200 |
| Pensión | 1 | 217.000 | 219.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 33.100 | 33.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 419.600 | 423.800 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1023902832 | DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA | calle 48 L# 5f-29 sur barrio bochica | 3105614418 | dkmendez63@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 17/05/2023 | 67831334 | $423.800 | |

## 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 | Estornado | 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 | 1023902832 | MENDEZ FALLA DIANA KATHERINE | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.356.000 | 217.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.356.000 | 169.500 | 14-25 | 1.356.000 | 3 | 33.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA**

**C.C 1.023.902.832 DE BOGOTA**

La suma de ($2.936.544.oo) pesos m/cte, por concepto de: ***Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencialen el área de Rehabilitación como TERAPEUTA RESPIRATORIA 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 Mayo de 2023**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. 999 - 2023.

Diana Katherine MF

**DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA**

**C.C 1.023.902.832 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA**

**NUMERO 035574805**

**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 | 1023902832 | MENDEZ | FALLA | DIANA | KATHERINE | 2016-06 | CAFESALUD E.P.S S.A. | COTIZANTE |
| CC | 1023902832 | MENDEZ | FALLA | DIANA | KATHERINE | 2023-11 | E.P.S SANITAS | COTIZANTE |
| CC | 1023902832 | MENDEZ | FALLA | DIANA | KATHERINE | 2015-11 | SALUDCOOP E.P.S | COTIZANTE |
| CC | 1023902832 | MENDEZ | FALLA | DIANA | KATHERINE | 2022-02 | COMPENSAR E.P.S | COTIZANTE |

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

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S | 10/2021 | 4 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 09/2021 | 4 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 08/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 07/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 06/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 05/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 04/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 03/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 02/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 01/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 11/2020 | 29 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 02/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 01/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 12/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 11/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 10/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 09/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 08/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 07/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 06/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 05/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 04/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 03/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 02/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S | 01/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 12/2018 | 27 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 11/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 10/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 09/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 08/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 07/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 06/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 05/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 04/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 03/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 02/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 01/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 12/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 11/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 10/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 09/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 08/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 07/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 06/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 05/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 04/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 03/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 02/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 01/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 12/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 11/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 10/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 09/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 08/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S | 07/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 06/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 05/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 04/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 03/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 02/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 01/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| CAFESALUD E.P.S S.A. | 12/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 11/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 10/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 03/2015 | 27 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 02/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 01/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 12/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 11/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 10/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 09/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 08/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 07/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 06/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 05/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 04/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 03/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 02/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 01/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 12/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 11/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| SALUDCOOP E.P.S | 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.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

### Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | | | |

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 2. CTO 999 - 2023 - CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023.pdf | 2. CTO 999 - 2023 - CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3. CTO 999 - 2023 - CUENTA DE COBRO MARZO 2023.pdf | 3. CTO 999 - 2023 - CUENTA DE COBRO MARZO 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4. CTO 999 - 2023 - CUENTA DE COBRO ABRIL 2023.pdf | 4. CTO 999 - 2023 - CUENTA DE COBRO ABRIL 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >