

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                             |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | NIDIA ALVAREZ                                               |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                         | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52772733   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | nidia.e.alvarez@hotmail.com                                 |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3196797367 |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                                             |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 4870376185                                                  |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 5416                     |                                                             |                     | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 288               | FECHA                    | 2024-01-17 10:45:28.000                                     | NÚMERO DE CRP       | 8126                             | FECHA         | 2024-01-17 10:59:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | REGENTE DE FARMACIA      |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                       | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             | 2023-12-01          |                                  |               | 2023-12-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                             | \$2,449,806         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                             |                     |                                  | \$15,923,739  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             |                     |                                  | \$15,923,739  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                             |                     |                                  | \$2,449,806   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                             |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                             |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                             |                     |                                  | 100%          |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 |                                                                                     |            |
| 9459343842                                                                                                                                                                                                                                                   | \$979,922         | \$122,490                | \$156,788                                                   | 3                   | \$23,871                         | \$303,149     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                      |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| RODRIGO GONZALEZ FONSECA<br>19470154<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                            | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                        | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Buscar estrategias que garanticen un adecuado almacenamiento y organización de los productos, formulas médicas, justificaciones y solicitudes archivadas a diario.                                                                    | Apoyo el consolido el conteo de formulas dispensadas de medicametos y dispositivos medicos diariamente a paciente ambulatorio y hospitalizacion.                                                                                                                   | FCIA SUMINISTROS KENNEDY OM POR DIA - MES Y AÑO 2022-2023 - Formato en DRIVE                                                                                                                                                                                                                                  |
| Recibir, revisar, codificar y controlar las prescripciones de medicamentos su dosificación y cantidades y las solicitudes de elementos médico-quirúrgicos y realizar la relación de Egresos diaria y su verificación si es necesario. | Generación de solicitudes a las diferentes bodegas de la Subred para hacer consecución de los pendientes evidenciados en farmacia, y/o solicitudes al almacén, atención a formulación de soporte nutricional.                                                      | Los productos entregados son las órdenes de despacho realizadas en el sistema de informacion Dinamica con su respectiva inspeccion durante la recepci3n t3cnica y solicitud realizada por el sistema de central de mezclas.                                                                                   |
| Alistar y entregar los medicamentos y dispositivos médicos en los diferentes servicios                                                                                                                                                | Realizaci3n de procesos de verificaci3n y aplicaci3n de controles de calidad en cuanto a los medicamentos y dispositivos medicos de la farmacia suministros                                                                                                        | Se realiza el proceso de verificaci3n e inspecci3n t3cnica a los medicamentos y el cumplimiento de las respectivas condiciones para la dispensaci3n a los diferentes servicios, formato 08-04-FO-0057 acta de recepci3n t3cnica donde se evidencian fechas de vencimiento y lote de los diferentes productos. |
| Verificar el diligenciamiento de los formatos de justificaci3n de los medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud                                                                                                       | Apoyo a los auxiliares de farmacia en la verificaci3n del medicamento en la pagina pospopuli, formatos mipres, evitar glosa y reproceso en facturaci3n.                                                                                                            | No aplica, porque se gestiona en el mismo momento para dar soluci3n a las inconsistencias de facturaci3n y temas varios de la farmacia suministros y la revisi3n constante del inventario.                                                                                                                    |
| Organizar y clasificar en sus respectivos estantes los pedidos de los medicamentos y dispositivos medico quirúrgicos y recibirlos si es necesario.                                                                                    | se realiza traslado en sistema y fisico entre las demas unidades de la subred si se requiere , atenci3n y cierre de solicitudes de otras farmacias, ingreso o salida de prestamo de mercancia a otras subredes (previa autorizaci3n)                               | Movimientos en el sistema dinamica con mi usuario                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Recibir, registrar y consolidar el reporte si es necesario, de las devoluciones y recuperaciones de medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos, de los diferentes servicios.                                                      | Realizo ingreso o salida de reposicion carro de paro (medicamentos y dispositivos) de los diferentcs servicios                                                                                                                                                     | Movimientos en el sistema dinamica y archivo az                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Realizar conteos de medicamentos y elementos dispositivos-quirúrgicos para su respectivo seguimiento y control.                                                                                                                       | Revisi3n, trazabilidad y novedades de conteos aleatorios por turno (auxiliares de farmacia) existencias en sistema e impresi3n de formatos                                                                                                                         | archivo az, firma de verificaci3n                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Recibo, revisi3n de pedidos y almacenamiento de productos seg3n las condiciones requeridas por los mismos                                                                                                                             | Realizo solicitudes a almacen ya otras unidades de acuerdo a la necesidad del servicio y realizo el ingreso de prestamos externos e ingreso de facturas de proveedor al sistema de informacion de igual manera las solicitud de adecuaci3n a la central de mezclas | Movimientos en el sistema dinamica con mi usuario                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Realizar seguimiento y control en libros a los medicamentos y/o dispositivos de alto costo y de Medicamentos NO POS y Antibióticos                                                                                                    | Se realiza verificaci3n de fechas de vencimiento igual o menor a seis meses de medicamentos y dispositivos medico quirurgicos.                                                                                                                                     | Se realiza al mes el seguimiento del formato 14-03-FO-0004 fechas de vencimiento y de baja rotacion de medicamentos y dispositivos, se envia reporte correo emal.                                                                                                                                             |
| Atenci3n al público de los medicamentos y Dispositivos Médicos prescritos y facturados a pacientes en consulta médica ambulatoria especializada.                                                                                      | Apoyo al cargue de medicamentos y dispositivos medicos a pacientes de la unidad renal seg3n formato de solicitud. A si mismo revisi3n de entregas a ambulancias por reposicion.                                                                                    | 10-01-FO-0018 Formula Medica V3, archivo fisico                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Recibir y entregar por inventario físico, los medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos, de control especial y del fondo nacional de estupefacientes y por costo.                                                                | Gestiono medicamentos y dispositivos medicoquirurgicos faltantes y trasporte de los mismos cuando se requiere a las diferentes unidades, realizo trazabilidad de los movimientos en sitema, en fisico y devoluciones de medicamentos y dispositivos medicos        | tiket en mesa de ayuda - logistica y movimientos en sistema dinamica                                                                                                                                                                                                                                          |
| Digitar durante el turno sí es necesario las prescripciones de medicamentos y dispositivos medico quirúrgicos entregados e imprimir los reportes respectivos y los que sean necesarios                                                | Realizo el ingreso de devolucion, aprovechamiento de los diferentes servicios y reposicion a carro de paro y/o ambulancias.                                                                                                                                        | Seg3n archivo fisico y movimientos en el sistema de informacion.                                                                                                                                                                                                                                              |
| Informar oportunamente al interventor de las faltas y fallas encontradas en el desarrollo de los procesos y procedimientos del servicio.                                                                                              | Reporto en mesa de ayuda inconsistencias del sistema dinamica y novedades de mantenimiento locativo o fisico.                                                                                                                                                      | tiket con numero de cedula                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar seguimiento, control y generar indicadores para el cumplimiento de las actividades del Servicio Farmacéutico                                                                                                                                                                               | Seguimiento de aseo y limpieza a tramos asignados a los auxiliares de farmacia en turno, según cronograma. A si mismo la revision constante en fechas de vencimiento y que estes completos de los diferentes kit codigo blanco y kit de derrames,                                                                                                                                                                | Formato 02-02-FO-0012 Regesitro de limpieza y desinfeccion y formato 02-02-FO-0045 Cronograma de limpieza y desinfeccion. 08-04-FO-0199 Formato revisión kit de derrames. 14-03-FO-0004 Formato control fechas de vencimiento y baja rotación de insumos en bodega V4 kit codigo blanco |
| Realizar las actividades que el Supervisor del contrato considere pertinente realice de acuerdo a la naturaleza de su profesión y/o actividad                                                                                                                                                       | Realizo movimientos en el sistema de reposicion o devolucion carros de paro, devolucion por servicio (sobrantes), prestamo o devolucion de medicamentos y dispositivos, ingreso de facturas y a si mismo realizo la distribucion entre las demas unidades (cuando se requiere o turno fin de semana), recepcion de medicamentos ssds y su respectivo movimiento e kardex mas soportes.                           | Archivo en fisico AZ y movimiento con usuario dinamica                                                                                                                                                                                                                                  |
| Custodiar y responder por los bienes a cargo y realizar la atención a las actividades propias del inventario, según las necesidades del Servicio. Responder el Inventario que maneje con transparencia, eficiencia, eficacia y equidad como responsable de los procesos contables y administrativos | Apoyo que esten diligenciados los diferentes formatos como son el de temperatura ambiente, humedad relativa, cadena de frio, formato de limpieza, libro entrega de turno, kardex de codigo blanco. Apoyo en la dispensacion informada redundante a paciente ambulatorio. Apoyo en gestion documental formulas diarias y de control especial. Solicitud de reempaque de solidos y adecuacion en jeringa prellena. | Formato 08-04-FO-0149 solicitud de adecuacion de medicamentos por lotes. Formatos Kardex en fisico, usuario en sistema dinamica.                                                                                                                                                        |
| <p style="text-align: center;">RODRIGO GONZALEZ FONSECA<br/>19470154<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                            |                     |          |                       |  |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                  | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 52772733                   |    | ALVAREZ VEGA NIDIA ESPERANZA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRR 51 A BIS # 42 A 18 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 4076036  | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |                 |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                 |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Valor     |
| 2024-01                           | 2024-01 | 1000000647 |  | 9461964071 | I        | 2024/02/08 | 2024/02/16 | BANCO DE BOGOTA | \$405,200 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                |                |          |               |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |      |             |             |           |      |             |             |           |      |     |        |         |      |             |             |              |      |     |        |                       |               |
|-------------------------------------------------|----------------|----------|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------|-------------|-------------|-----------|------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|------|-------------|-------------|--------------|------|-----|--------|-----------------------|---------------|
| EMPLEADO                                        |                |          | NOVEDADES     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSION |      |             |             | SALUD     |      |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |      |             |             | PARAFISCALES |      |     |        |                       |               |
| No.                                             | Identificación | Nombre   | ing           | ret | del | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | lge | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Tarifa      | Aporte       | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)               |                |          |               |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |      |             | \$1,300,000 | \$208,000 |      |             | \$1,300,000 | \$162,500 |      |     | \$0    | \$0     |      |             | \$1,300,000 | \$31,700     |      | \$0 | \$0    | \$402,200             |               |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)      |                |          |               |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |      |             | \$1,300,000 | \$208,000 |      |             | \$1,300,000 | \$162,500 |      |     | \$0    | \$0     |      |             | \$1,300,000 | \$31,700     |      | \$0 | \$0    | \$402,200             |               |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) |                |          |               |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |      |             | \$1,300,000 | \$208,000 |      |             | \$1,300,000 | \$162,500 |      |     | \$0    | \$0     |      |             | \$1,300,000 | \$31,700     |      | \$0 | \$0    | \$402,200             |               |
| 1                                               | CC             | 52772733 | ALVAREZ NIDIA |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 25-14   | 30   | \$1,300,000 | \$208,000   | EPS010    | 30   | \$1,300,000 | \$162,500   |           | 0    | \$0 | \$0    | 14-11   | 30   | \$1,300,000 | 2.436%      | \$31,700     | 0    | \$0 | \$0    | No                    | \$402,200     |
| Total Afiliados( 1)                             |                |          |               |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |      |             | \$1,300,000 | \$208,000 |      |             | \$1,300,000 | \$162,500 |      |     | \$0    | \$0     |      |             | \$1,300,000 | \$31,700     |      | \$0 | \$0    | \$402,200             |               |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                            |                     |          |                       |  |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                  | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 52772733                   |    | ALVAREZ VEGA NIDIA ESPERANZA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRR 51 A BIS # 42 A 18 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 4076036  | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |                 |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                 |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Valor     |
| 2024-01                           | 2024-01 | 1000000647 |  | 9461964071 | I        | 2024/02/08 | 2024/02/16 | BANCO DE BOGOTA | \$405,200 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |  |             |    |           |                 |                |                        |               |
|--------------------------|--------|--|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO                   | CODIGO |  | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |  |             |    | 1         | \$208,000       | \$1,500        | \$0                    | \$209,500     |
| COLPENSIONES             | 25-14  |  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$208,000       | \$1,500        | \$0                    | \$209,500     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |  |             |    | 1         | \$31,700        | \$300          | \$0                    | \$32,000      |
| ARL SURA                 | 14-11  |  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$31,700        | \$300          | \$0                    | \$32,000      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |  |             |    | 1         | \$162,500       | \$1,200        | \$0                    | \$163,700     |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 |  | 800,088,702 | 2  | 1         | \$162,500       | \$1,200        | \$0                    | \$163,700     |
| TOTAL                    |        |  |             |    | 1         | \$402,200       | \$3,000        | \$0                    | \$405,200     |

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                  | 52772733            | ALVAREZ         | VEGA             | NIDIA         | ESPERANZA      | 2023-12                   | E.P.S SURAMERICANA S.A | COTIZANTE       |

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC                | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN *               |
|--------------------------|----------------------|------------------|---------------|-----------------------------|
| E.P.S SURAMERICANA S.A   | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| E.P.S SURAMERICANA S.A   | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| E.P.S SURAMERICANA S.A   | 10/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| E.P.S SURAMERICANA S.A   | 09/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| E.P.S SURAMERICANA S.A   | 08/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| E.P.S SURAMERICANA S.A   | 07/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| E.P.S SURAMERICANA S.A   | 06/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| E.P.S SURAMERICANA S.A   | 04/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| E.P.S SURAMERICANA S.A   | 03/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| E.P.S SURAMERICANA S.A   | 02/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... |                      |                  |               | 122 Registros en 13 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