

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     | 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         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | LUZGENITH ASCANIO TORRES             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                  | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1000002971 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | luzgenith@hotmail.com                |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3143357808 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                      |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | BO37B01           | 100                       |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A      |                                      |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 570108035                            |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4118                      |                                      |                     | VIGENCIA                         |               | 2024                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 339               | FECHA                     | 2024-01-24 15:34:13.000              | NÚMERO DE CRP       | 16688                            | FECHA         | 2024-02-06 13:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      | 2024-03-01          |                                  |               | 2024-03-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                      | \$3,388,320         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                      |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                      |                     |                                  | \$10,503,792  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     |                                  | \$6,726,640   |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                      |                     |                                  | \$3,388,320   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                      |                     |                                  | \$3,777,152   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                      |                     |                                  | 64%           |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 9463661240                                                                                                                                                                                                                                                   | \$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 Marzo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ<br>52705161<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                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.                                                                          | Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.                                                                          | Historias Clínicas Revisadas. registrar actividades realizadas                                                                                                                                           |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                             | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                             | Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. |
| Llevar registro de la atención de los procedimientos, 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 | Llevar registro de la atención de los procedimientos, 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 | Anecdotario, Registro de enfermería con firma                                                                                                                                                            |
| Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.                                                                                                                                                                                                   | Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.                                                                                                                                                                                                   | Libro de recibo y entrega de turno, Formato de asignación de actividades                                                                                                                                 |
| Participar en la programación de las actividades del área.                                                                                                                                                                                                              | Participar en la programación de las actividades del área.                                                                                                                                                                                                              | Formato de capacitación, asistencia a UAT de enfermería                                                                                                                                                  |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                             | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                             | Registro de fichas de notificación obligatoria                                                                                                                                                           |
| 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.                                                                                    | 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.                                                                                    | Reporte de eventos adversos, incidentes por el SP, participar con acciones de mejora                                                                                                                     |
| Impartir instrucciones al personal a cargo.                                                                                                                                                                                                                             | Impartir instrucciones al personal a cargo.                                                                                                                                                                                                                             | Formato de asignación de actividades                                                                                                                                                                     |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de elegibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                               | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de elegibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                               | Anecdotario, historias clínicas diligenciadas, registros de enfermería, actualizar Kárdex, tarjetas de medicamentos                                                                                      |
| Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.                                                                                                                                                                            | Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.                                                                                                                                                                            | Preparar y administrar, mezclas, diluciones y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas establecidas                                                                                         |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                 | Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                 | Realizar auditorías mensuales de registros de enfermería, participación en seguimiento de reportes de seguridad al paciente                                                                              |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                        | Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                        | Consentimientos informados firmados, registros de enfermería                                                                                                                                             |
| Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.                                                                                                                                                                            | Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.                                                                                                                                                                            | Verificar la realización del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo, lista de verificación                                                                                                      |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred                                                                                                                                                | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred                                                                                                                                                | Listas medición de adherencia, listas de chequeo                                                                                                                                                         |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.                                                                                                             | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.                                                                                                             | Informe de actividades por orden de prestación de servicios                                                                                                                                              |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                         | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                         | Acta relación de elementos entregados y recibidos                                                                                                                                                        |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                         | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                         | Formato de capacitación, asistencia a UAT de enfermería.                                                                                                                                                 |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                           | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                           | Adherencia a los protocolos institucionales                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                     | Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                    | Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                                                  | Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Registro de los procedimientos de Enfermería, que ameriten los usuarios, haciendo el Registro correspondiente                                                                                                                                            |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.                                                                                                                                                                                        | Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.                                                                       | Diligenciamiento de informe de evaluación de actividades de auxiliares de enfermería                                                                                                                                                                     |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                                   | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente  | Entrega de planilla de pago                                                                                                                                                                                                                              |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                                                                                                 | Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                | Registros de enfermería, entrega mensual de informe de actividades                                                                                                                                                                                       |
| <p>CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ<br/>52705161<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 1000002971                     |         | ASCANIO TORRES LUZ GENITH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cr 11este No 47b -13 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3555555          | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                           |                 |                    |                      |                     |                  |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                     |                 | Tipo               | Fecha                |                     | Pago             |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                      | Planilla        | Planilla           | Limite               | Pago                | Banco            | Dias Mora             | Valor     |
| 2024-02                           | 2024-02 | 504066503                 | 9463661240      | I                  | 2024/03/18           | 2024/03/11          | BANCO DAVIVIENDA | 0                     | \$433,400 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |                   |         |      |              |           |        |      |              |           |        |      |     |         |        |      |              |              |      |     |        |
|--------------------------------------------------|----------------|-------------------|---------|------|--------------|-----------|--------|------|--------------|-----------|--------|------|-----|---------|--------|------|--------------|--------------|------|-----|--------|
| EMPLEADO                                         |                |                   | PENSION |      |              | SALUD     |        |      |              | CCF       |        |      |     | RIESGOS |        |      |              | PARAFISCALES |      |     |        |
| No.                                              | Identificación | Nombres           | Codigo  | Días | IBC          | Aporte    | Codigo | Días | IBC          | Aporte    | Codigo | Días | IBC | Aporte  | Codigo | Días | IBC          | Aporte       | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)               |                |                   |         |      | \$ 1,400,505 | \$224,100 |        |      | \$ 1,400,505 | \$175,100 |        |      | \$0 | \$0     |        |      | \$ 1,400,505 | \$34,200     |      | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |                   |         |      | \$ 1,400,505 | \$224,100 |        |      | \$ 1,400,505 | \$175,100 |        |      | \$0 | \$0     |        |      | \$ 1,400,505 | \$34,200     |      | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |                   |         |      | \$ 1,400,505 | \$224,100 |        |      | \$ 1,400,505 | \$175,100 |        |      | \$0 | \$0     |        |      | \$ 1,400,505 | \$34,200     |      | \$0 | \$0    |
| 1                                                | CC 1000002971  | ASCANIO LUZGENITH | 230201  | 30   | \$ 1,400,505 | \$224,100 | EPS005 | 30   | \$ 1,400,505 | \$175,100 |        | 0    | \$0 | \$0     | 14-11  | 30   | \$ 1,400,505 | \$34,200     | 0    | \$0 | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                              |                |                   |         |      | \$ 1,400,505 | \$224,100 |        |      | \$ 1,400,505 | \$175,100 |        |      | \$0 | \$0     |        |      | \$ 1,400,505 | \$34,200     |      | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                           |                 |                    |                      |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social              | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion            | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 100002971                  |    | ASCANIO TORRES LUZ GENITH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cr 11este No 47b -13 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3555555  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                  |           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Dias Mora | Valor     |
| 2024-02                           | 2024-02 | 504066503 | 9463661240 | I        | 2024/03/18 | 2024/03/11 | BANCO DAVIVIENDA | 0         | \$433,400 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$224,100       | \$0            | \$0                    | \$224,100     |  |
| PROTECCION               | 230201 | 800,229,739 | 0  | 1         | \$224,100       | \$0            | \$0                    | \$224,100     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$34,200        | \$0            | \$0                    | \$34,200      |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$34,200        | \$0            | \$0                    | \$34,200      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$175,100       | \$0            | \$0                    | \$175,100     |  |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$175,100       | \$0            | \$0                    | \$175,100     |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$433,400       | \$0            | \$0                    | \$433,400     |  |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LUZ GENITH ASCANIO TORRES**

**C.C: 1000002971 DE BOGOTA D.C**

La suma de 3.388.320 (Tres millones trescientos ochenta y ocho mil trescientos veinte pesos) por concepto de prestación de servicios como Enfermera jefe en el área de urgencias del hospital Bosa durante el periodo del 01 al 31 de marzo del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4118-2024



**LUZ GENITH ASCANIO TORRES**

**C.C. 1000002971 DE BOGOTA D.C**

**CUENTA DE AHORROS BANCO: DAVIVIENDA**

**NUMERO: 000-570108035**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC       | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|---------------|-----------------|
| CC                  | 1000002971            | ASCANIO         | TORRES           | LUZGENITH     |                | 2024-01                   | E.P.S SANITAS | COTIZANTE       |

| EPS/EOC       | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| E.P.S SANITAS | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| 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 |
| E.P.S SANITAS | 02/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 11/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 10/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 09/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC       | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| E.P.S SANITAS | 08/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 07/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 05/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 04/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 03/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 02/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 01/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 12/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 11/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 10/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 09/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 08/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 07/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 06/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 05/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 04/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 03/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 02/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 01/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 12/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 11/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 10/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 09/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 08/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 07/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 06/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 05/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 04/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 03/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 02/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 01/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 12/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

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

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