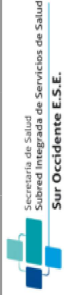


|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                     |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------|--------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <div></div>                                                                                                                                                                |  |                                     |                          |                         | Versión3        |              |                               | <div></div> |  |
| CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA                                                                                                                                        |  |                                     |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                     |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  | GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  | C.C                                 | X                        | C.E                     | No.             | 52121367     |                               |                                                                                              |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  | patriciaeristan06@gmail.com         |                          |                         | CELULAR:        | 3002607804   |                               |                                                                                              |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  | SUBRED                              |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  | A T FARMACIA- 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                                                                                                                                                                                                                                    |  | 550005700167579                     |                          |                         | PENSIONADO      | NO           |                               |                                                                                              |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                                     |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  | 3918                                |                          | VIGENCIA                |                 | 2024         |                               |                                                                                              |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 1922                                | FECHA                    | 2024-08-30 15:03:55.000 | NÚMERO DE CRP   | 55909        | FECHA 2024-08-31 22:16:25.000 |                                                                                              |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  | AUXILIAR DE FARMACIA                |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  | DESDE                               |                          | FECHA INICIAL           |                 | HASTA        | FECHA FINAL                   |                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                     |                          | 2024-09-01              |                 | 2024-09-30   |                               |                                                                                              |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  | \$1,994,940                         |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |                          |                         |                 | \$18,552,942 |                               |                                                                                              |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                     |                          |                         |                 | \$16,425,006 |                               |                                                                                              |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                     |                          |                         |                 | \$1,994,940  |                               |                                                                                              |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                     |                          |                         |                 | \$0          |                               |                                                                                              |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                     |                          |                         |                 | \$2,127,936  |                               |                                                                                              |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |                          |                         |                 | 89%          |                               |                                                                                              |  |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |  |                                     |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           |  | IBC DE COTIZACION                   | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE 16% IBC          | NIVEL ARL       | APORTE ARL   | TOTAL APORTES                 |                                                                                              |  |
| 79957957                                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$908,526                           | \$113,566                | \$145,364               | 3               | \$22,132     | \$281,062                     |                                                                                              |  |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |  |                                     |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |
| YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO<br>1022332239<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                                                                                                                                        |  |                                     |                          |                         |                 |              |                               |                                                                                              |  |

|                                                                                                                                                                     |                                          |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <div><div><div>Secretaría de Salud</div><div>Subred Integrada de Servicios de Salud</div><div>Sur Occidente E.S.E.</div></div></div>                                | CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            | <div><div><div></div><div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div></div></div> |
| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                          |                                          | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                        | PRODUCTOS                                                                                                                                                  |                                                                           |
| 1) Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario.                                                                   |                                          | Se recibe la formula y se verifica en las diferentes bases (eps-s, comprobador, adres) cargar los insumos y entregar al servicio de suministros.                                                                                   | se dispensaron Formulas correspondientes a los diferentes Servicios despachadoa en la farmacia de suministros                                              |                                                                           |
| 2) Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue.                   |                                          | Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema dinamica                                                                                                                                                                      | se hizo el descargue de medicamentos e insumos                                                                                                             |                                                                           |
| 3) Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.                                                                      |                                          | Identificar oportunamente los medicamentos con base en la recepcion tecnica realizada mensualmente.                                                                                                                                | Se entrega aleatorio semanal en el formato 08-04-FO-0126                                                                                                   |                                                                           |
| 4) Apoyar las condiciones de asco y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.                                                                         |                                          | Programar mensualmente la limpieza de estanterias y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos                                                                                                                               | Se diligencia el formato 08-04 FO-0072 una vez realizada la limpieza y desinfeccion, mueble de insumos y mueble de ampollas asi como recipientes plasticos |                                                                           |
| 5) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.                           |                                          | En el mes se diligencian total y oportunamente y con letra legible los formato de reporte de conteo ciclico de medicamentos y dispositivos medicos en el servicio farmaceutico y formato de registro de formulas de doble chequeo. | formatos diligenciados 08-04-FO-0126 y 08-04-FO-0143.                                                                                                      |                                                                           |
| 6) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.      |                                          | Registrar el numero de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes                                                                                                                                                            | informe de actividades por orden de prestacion en el aplicativo Suresoc                                                                                    |                                                                           |
| 7) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                    |                                          | participar en los encuentros de aprendizaje y capacitaciones programados por el servicio farmaceutico                                                                                                                              | Encuentro de aprendizaje continuo el día 26 de Agosto, Socializacion Asegurate de Agosto (Sistemas de Vigilancia y Monitoreo), lista de asistencia.        |                                                                           |
| 8) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                 |                                          | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .                                                                                                                                                                    | No se generaron productos                                                                                                                                  |                                                                           |
| 9) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                    |                                          | Hacer seguimiento oportuno de los procesos y procedimientos establecidos por la subred y ajustar mi que hacer a estos procesos y procedimientos                                                                                    | Se realiza dispensacion, recepcion, almacenamiento y seguimiento a medicamentos baja rotacion formato 08-04FO-0054                                         |                                                                           |
| 10) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                            |                                          | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion .                                                                                                                                                                    | No se generaron productos                                                                                                                                  |                                                                           |
| 11) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. |                                          | Garantizar el buen uso de los elementos asignados para desarrollar mi trabajo                                                                                                                                                      | utilizo con cuidado y mantengo los elementos en buen estado                                                                                                |                                                                           |
| 12) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio                 |                                          | Registrar fechas de vencimiento de medicamentos y/o dispositivos medicos                                                                                                                                                           | Mensualmente se registra en el servicio, se realiza registro formato 08-04-FO-0054                                                                         |                                                                           |
| 13) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                          |                                          | Mensualmente se registra en el servicio, se realiza registro formato 08-04-FO-0054                                                                                                                                                 | Mensualmente se registra en el servicio, se realiza registro formato 08-04-FO-0054                                                                         |                                                                           |
| 14) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..                                                                       |                                          | se realizaron actividades relacionadas con el objetivo de mi contrato                                                                                                                                                              | se realizan actividades acorde a lo establecido en mi contrato                                                                                             |                                                                           |
| <div><div>YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO</div><div>1022332239</div><div>Supervisor</div></div>                                                                        |                                          |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                           |
| <div>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</div>                                     |                                          |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                           |
| <div>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</div>                                    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                           |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ**

**CC.52121367 DE BOGOTA**

La suma de \$1.994.940 (Un millón novecientos noventa y cuatro mil novecientos cuarenta pesos m/cte). Por concepto de: Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. Durante el periodo del 1 al 30 de Septiembre/2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3918-2024



**GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ**

**CC.52121367 DE BOGOTA**

**CUENTA BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO: 550005700167579**

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-08              | 2024-08                           | I             | 10/09/2024               | 79957957        | \$402.200     |     |

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 162,500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     |                | 162,500       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 208.000       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700                 |                  |       |                        | 31.700                | 0         | 0                     | 31.700              |                            |                     | 317               | 31.700        | 1             |

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

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 162,500                             | 162,500       |
| Pensión                | 1                              | 208,000                             | 208,000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31,700                              | 31,700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 402,200                             | 402,200       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |        |                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52121367          | GLORIA PATRICIA CRISTANCHO GONZALEZ |        | TV 78D # 10D-97 | 3045648176         | patriciaacristan06@gmail.com        |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CÓDIGO | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                     |        | BOGOTÁ D. C.    | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                     |        |                 |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                     |        |                 |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2024-08              | 2024-08                           | I             | 10/09/2024               | 79957957        | \$402.200 |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                     |           |         |            |             |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |      |      |     |     |     |     |    |     | PENSIÓN |     |     |     |            |           | SALUD   |            |                      | RIESGOS LABORALES    |                                |                                 |           | CCF     |                        |           | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------------|-----------|---------|------------|-------------|-----------|-----|-----------------------|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|----|-----|---------|-----|-----|-----|------------|-----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------------------------|-----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres                 | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Colaborador | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TALE | TDIP | TAP | VSP | VET | SLN | DE | LMA | VAC     | APP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS  | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL  | IBC ARL      | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 52121367              | CRISTANCHO GONZALEZ GLORIA PATRICIA | 59        | 0       |            | N           |           |     |                       |     |      |      |     |     |     |     |    |     |         |     |     |     | 230201     | 1,300,000 | 208,000 | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | EPS008                          | 1,300,000 | 162,500 | 14-11                  | 1,300,000 | 3            | 31,700          |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           |            |

PAGADA

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                  | 52121367            | CRISTANCHO      | GONZALEZ         | GLORIA        | PATRICIA       | 2018-04                   | EPS COMPENSAR        | BENEFICIARIO    |
| CC                  | 52121367            | CRISTANCHO      | GONZALEZ         | GLORIA        | PATRICIA       | 2024-08                   | EPS COMPENSAR        | COTIZANTE       |
| CC                  | 52121367            | CRISTANCHO      | GONZALEZ         | GLORIA        | PATRICIA       | 2015-11                   | SALUDCOOP E.P.S      | BENEFICIARIO    |
| CC                  | 52121367            | CRISTANCHO      | GONZALEZ         | GLORIA        | PATRICIA       | 2016-07                   | CAFESALUD E.P.S S.A. | BENEFICIARIO    |

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC                | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN *               |
|--------------------------|----------------------|------------------|---------------|-----------------------------|
| EPS COMPENSAR            | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| EPS COMPENSAR            | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| EPS COMPENSAR            | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| EPS COMPENSAR            | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| EPS COMPENSAR            | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| EPS COMPENSAR            | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| EPS COMPENSAR            | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| EPS COMPENSAR            | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| EPS COMPENSAR            | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| EPS COMPENSAR            | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización         |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... |                      |                  |               | 131 Registros en 14 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



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL  
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS               |
|--------------------------|---------------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC                  |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 52121367            |
| NOMBRES                  | GLORIA PATRICIA     |
| APELLIDOS                | CRISTANCHO GONZALEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**            |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTA D.C.         |
| MUNICIPIO                | BOGOTA D.C.         |

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                 | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-----------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 01/08/2016                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                     |                     |                     |                |
|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| Fecha de Impresión: | 09/18/2024 14:54:54 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)

1 Información general Datos guardados

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Id de pago    Número de factura    Fecha de emisión    Fecha de recepción    Valor total de la factura    Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

blank

Descripción

Nombre del archivo

Cargado por

|                          |                                                                          |                                                                          |           |           |         |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024<br>PATRICIA CRISTANCHO.pdf                  | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024<br>PATRICIA CRISTANCHO.pdf                  | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO MARZO 2024<br>PATRICIA CRISTANCHO.pdf                    | CUENTA DE COBRO MARZO 2024<br>PATRICIA CRISTANCHO.pdf                    | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO ABRIL 2024<br>GLORIA PATRICIA CRISTANCHO.pdf             | CUENTA DE COBRO ABRIL 2024<br>GLORIA PATRICIA CRISTANCHO.pdf             | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO MAYO 2024<br>GLORIA PATRICIA CRISTANCHO.pdf              | CUENTA DE COBRO MAYO 2024<br>GLORIA PATRICIA CRISTANCHO.pdf              | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO JUNIO 2024<br>GLORIA PATRICIA CRISTANCHO.pdf             | CUENTA DE COBRO JUNIO 2024<br>GLORIA PATRICIA CRISTANCHO.pdf             | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO JULIO 2024<br>GLORIA PATRICIA CRISTANCHO<br>GONZALEZ.pdf | CUENTA DE COBRO JULIO 2024<br>GLORIA PATRICIA CRISTANCHO<br>GONZALEZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024<br>GLORIA PATRICIA CRISTANCHO.pdf            | CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024<br>GLORIA PATRICIA CRISTANCHO.pdf            | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar    Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados