

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA  
LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

RUBY CATALINA VILLAMIZAR HERNANDEZ  
C.C 52.967.286

La suma de DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE \$ 2,840,800, por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el servicio de HOSPITALIZACION MAS ADICIONES durante el periodo del 01 al 30 de NOVIEMBRE del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3198-2024.



RUBY CATALINA VILLAMIZAR HERNANDEZ

C.C 52.967.286

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 552-546549-72

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA  
LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

RUBY CATALINA VILLAMIZAR HERNANDEZ  
C.C 52.967.286

La suma de DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE \$ 2,840,800, por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el servicio de HOSPITALIZACION MAS ADICIONES durante el periodo del 01 al 30 de SEPTIEMBRE del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3198-2024.



RUBY CATALINA VILLAMIZAR HERNANDEZ

C.C 52.967.286

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 552-546549-72

# 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 | 52967286                |
| NOMBRES                  | RUBY<br>CATALINA        |
| APELLIDOS                | VILLAMIZAR<br>HERNANDEZ |
| 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 | EPS<br>FAMISANAR | CONTRIBUTIVO | 01/07/2021                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                            |                        |                            |                |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|
| <b>Fecha de Impresión:</b> | 11/10/2024<br>15:32:06 | <b>Estación de origen:</b> | 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](#)

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

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

✓ Datos guardados

↶ Cancelar

> VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

☐ Sí

☒ No

códigos de autorización?

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

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción              |                                                   | Nombre del archivo                    |
|--------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | documento mes marzo 20024.pdf                     | documento mes marzo 20024.pdf         |
| <input type="checkbox"/> | documento mes febrero 20024.pdf                   | documento mes febrero 20024.pdf       |
| <input type="checkbox"/> | cuenta de cobro marzo ruby.pdf                    | cuenta de cobro marzo ruby.pdf        |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf                         | CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf             |
|                          | FACTURA EQUIVALENTE Y OTROS JUNIO.pdf (Archivado) | FACTURA EQUIVALENTE Y OTROS JUNIO.pdf |
| <input type="checkbox"/> | FACTURA EQUIVALENTE MAYO.pdf                      | FACTURA EQUIVALENTE MAYO.pdf          |
| <input type="checkbox"/> | FACTURA EQUIVALENTE A JULIO.pdf                   | FACTURA EQUIVALENTE A JULIO.pdf       |
| <input type="checkbox"/> | FACTURA AGOSTO.pdf                                | FACTURA AGOSTO.pdf                    |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA SEPTIEMBRE.pdf                             | CUENTA SEPTIEMBRE.pdf                 |
| <input type="checkbox"/> | DOCUMENTO EQUIVLENTE OCTUBRE.pdf                  | DOCUMENTO EQUIVLENTE OCTUBRE.pdf      |



- ☐ Socialización guía de la Prevención del Cansancio
- ☐ Buenas Prácticas Médicos Hospitalarios
- ☐ Primeros Auxilios Psicológicos
- ☐ Salud Mental en el Trabajo, Como Gestionar el Estrés Laboral
- ☐ Programación de Turnos y Compensatorios
- ☐ Controles Anticorrupción
- ☐ Perfil Médicos de Urgencias

4. Número de Identificación (sin punto ni comas) \*

52967286

5. Nombres y Apellidos \*

RUBY CATALINA VILLAMIZAR HERNANDEZ

6. Perfil \*

auxiliar de enfermería

7. Correo electrónico \*

RCVILLAMIZAR84@gmail.com

Siguiente



Dirección

PAGADO 19/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                              |                    |                      |
|---------------------|------------------------------|--------------------|----------------------|
| Razón Social        | DIANA MARIA MENDOZA RESTREPO |                    |                      |
| Documento           | CC51969093                   | Dirección          | CRA 71 C N 62 A - 31 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                | Teléfono           | 3223679004           |
| Tipo Persona        | NATURAL                      | Forma Presentación | ÚNICO                |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                  | Departamento       | BOGOTA D.C.          |
| Representante Legal |                              | Identificación     |                      |
| Total Afiliados     | 1                            | ARP                | ARL SURA             |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                              |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |     |          | Riesgos  |          |          | Cajas    |                      |                | Parafiscales |                        |                |            | Total        |              |             |                      |                |          |             |             |             |      |                   |       |
|--------------------|------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|-----|----------|----------|----------|----------|----------|----------------------|----------------|--------------|------------------------|----------------|------------|--------------|--------------|-------------|----------------------|----------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres          | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | USP | COR | SVT | SGN | IGE | LMA       | VAC | VAP | VCT   | IRP | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS             | Administradora | IBC Pensión  | Aporte Pensión         | Administradora | IBC Salud  | Aporte Salud | Tarifa       | IBC Riesgos | Aporte Riesgos       | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 51969093        | DIANA MARIA MENDOZA RESTREPO | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 0        | (25-14) COLPENSIONES | \$ 1.300.000   | \$ 208.000   | (EPS017) FAMISANAR EPS | \$ 1.300.000   | \$ 162.500 | 2,436        | \$ 1.300.000 | \$ 31.700   | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0           | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 402.200        |       |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.300.000 | \$ 1.300.000 | \$ 1.300.000 | \$ 0      | \$ 208.000      | \$ 162.500    | \$ 31.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 402.200                     | \$ 0                    | \$ 402.200  |