

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | JORGE ALEXIS BENAVIDES TELLEZ                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                       | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 91533362   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | jorgealexis_bete@hotmail.com                              |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3165304002 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                           |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | AMBULANCIA 6329 SERVICIO DE AMBULANCIAS TRASLADO PRIMARIO |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | N131              | 100                      |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                                           |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 473970030762                                              |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2435                     |                                                           |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 217               | FECHA                    | 2025-01-24 10:07:36.000                                   | NÚMERO DE CRP       | 14881                            | FECHA         | 2025-02-01 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | MEDICO GENERAL           |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                     | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           | 2025-03-01          |                                  |               | 2025-03-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                           | \$6,758,976         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$29,932,608  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$13,276,560  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$6,758,976   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$16,656,048  |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                           |                     |                                  | 44%           |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 7960284660                                                                                                                                                                                                                                                   | \$2,607,034       | \$325,879                | \$417,125                                                 | 4                   | \$63,507                         | \$806,512     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Ana Maria Berjan Correa<br>1016040767<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                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.                                                                                             | Registro de la Historia clínica y demás soportes clínicos que soporten la gestión                              | Auditoría de Historia clínica                                                                |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                             | Manejo de la Privacidad y entrega de la misma en los tiempos asignados                                         | Certificación de entrega de Historias clínicas                                               |
| 3) 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 | Diligenciamiento del Libro de traslados                                                                        | Verificar el libro de traslados con las Historias clínicas (certificar el líder de la móvil) |
| 4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.                                                                                                                                                                             | Diligenciamiento de la Historia clínica de acuerdo a la resolución 1995                                        | Auditoría de Coherencia y pertinencia, Listas de chequeo                                     |
| 5) Participar en la programación de actividades del área.                                                                                                                                                                                                                  | Asistir a capacitaciones, reuniones y demás actividades donde se convoque la participación de los contratistas | Actas de asistencia, evaluaciones y demás que permitan evidenciar la asistencia              |
| 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.                                                                                                                                                                           | Actas de asistencia, evaluaciones y demás que permitan evidenciar la asistencia                                | Adherirse a los programas a través del actuar diario                                         |
| 7) 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 eventos adversos, o de no calidad en el proceso en el cual se encuentre                              | Reporte, Acta de análisis de casos de asistencia a análisis de caso                          |
| 8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.                                                                                                                                                                               | Actividades propias de su actuar como médico líder de la tripulación                                           | Actas en caso de no cumplir el proceso                                                       |
| 10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.                                                                                                                                                                                                       | Diligenciamiento de Consentimiento informado, de la Historia clínica                                           | Auditoría del formato de Historia clínica con el consentimiento                              |
| 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                | Actividades propias de su profesión                                                                            | Gestión propia de sus actividades                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            | Trabajo Humanizado en el proceso de atención                                                                   | Actas en caso de seguimiento a casos de actuación no humanizada                              |
| <p>Ana María Berjan Correa<br/>1016040767<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>                                                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                                              |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |        |              |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|--------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |        |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA   | VALOR PAGADO |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 434.800 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 900     | \$ 0 | \$ 434.800 | \$ 900 | \$ 435.700   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 434.800 | \$ 900 | \$ 435.700   |

| TOTAL APORTES A SALUD |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |        |            |              |      |            |
|-----------------------|------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|--------|------------|--------------|------|------------|
| ADMINISTRADORA        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |        |            |              |      |            |
| CÓDIGO                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA   | DESCUENTO  | VALOR PAGADO |      |            |
| EPS037                | EPS037-NUEVA EPS | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 339.700  |             | \$ 0       | \$ 700      |            | \$ 0   | \$ 339.700 | \$ 700       | \$ 0 | \$ 340.400 |
| SUBTOTALES:           |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 339.700 | \$ 700 | \$ 0       | \$ 340.400   |      |            |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |                 |                |           |        |              |
|-----------------------------------------------|-----------------|----------------|-----------|--------|--------------|
| ADMINISTRADORA                                |                 | No. COTIZANTES | TOTALES   |        |              |
| CÓDIGO                                        | NOMBRE          |                | APORTES   | MORA   | VALOR PAGADO |
| CCF24                                         | CCF24-COMPENSAR | 1              | \$ 16.400 | \$ 100 | \$ 16.500    |
| SUBTOTALES:                                   |                 |                | \$ 16.400 | \$ 100 | \$ 16.500    |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                               |                |                   |                |                 |                       |                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |         |                 |     |              |              |                  |           |          |                           |              |              |                  |     |              |             |              |            |          |     |                   |          |      |              |              |                  |           |              |      |      |      |        |
|-------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|-----------------------|--------------------|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----------------|-----|--------------|--------------|------------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|--------------|------------------|-----|--------------|-------------|--------------|------------|----------|-----|-------------------|----------|------|--------------|--------------|------------------|-----------|--------------|------|------|------|--------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                               |                |                   |                |                 |                       |                    |     | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |         |                 |     |              |              |                  |           |          |                           |              | PARAFISCALES |                  |     |              |             |              |            |          |     |                   |          |      |              |              |                  |           |              |      |      |      |        |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                       | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET       | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE              | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN |                 |     |              |              | SEGURIDAD SOCIAL |           |          |                           |              | SALUD        |                  |     |              |             | ARP          |            |          |     |                   | DÍAS COT | IBC  | CCF          |              |                  |           |              | SEN  | ICBF | ESAP | MINEDU |
|                               |                |                               |                |                   |                |                 |                       |                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     | ADMIN   | DÍAS COT        | IBC | COTIZACIÓN   | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD      | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN        | DÍAS COT         | IBC | COTIZACIÓN   | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN      | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO |          |      | TOTAL APORTE | DÍAS COT     | IBC              | ADMIN     | TOTAL APORTE |      |      |      |        |
| 1                             | CC 91533362    | BENAVIDES TELLEZ JORGE ALEXIS | INDEP          |                   | \$ 2.716.950   |                 |                       | NO                 |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |         | 230301-PORVENIR | 30  | \$ 2.716.950 | \$ 434.800   | \$ 0             | \$ 0      | \$ 0     | \$ 0                      | Normal       | \$ 434.800   | EPS037-NUEVA EPS | 30  | \$ 2.716.950 | \$ 339.700  | \$ 0         | \$ 339.700 |          |     | \$ 0              |          | \$ 0 | 30           | \$ 2.716.950 | SCCF24-COMPENSAR | \$ 16.400 | \$ 0         | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0   |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 792.600</b> |
|----------------------|-------------------|



ADRES

[Inicio](#) [Transparencia](#) [Atención a la ciudadanía](#) [Participa](#) [EPS](#) [IPS y proveedores](#) [Entidades territoriales](#) [Nuestra entidad](#) [Análisis](#)

Acerca de ADRES

Junta Directiva

Talento Humano

Información Financiera

Unidad de afiliados con la información de afiliados con que cuenta el Ministerio de Salud y Protección Social y la Entidad que haga sus veces, con la información de los aportes al sistema de salud registrados en la Planilla Integrada de Autoliquidación de Aportes (PILA) y con la del recaudo de aportes de las cuentas maestras.

Expuesto lo anterior, en la consulta de Afiliados Compensados encuentra la información de los periodos de los afiliados que han superado el proceso de validaciones mencionado, es decir, que han sido objeto de la compensación. Tenga en cuenta que la información contenida en este reporte no se actualiza inmediatamente con el pago de la planilla PILA, ya que la liquidación del reconocimiento a favor de las EPS y EOC no depende exclusivamente de dicha planilla.

Finalmente, es preciso indicarle que, la información publicada en la consulta de afiliados compensados no es un comprobador de derechos para ningún tipo de trámite.

## 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."

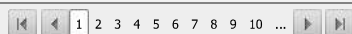
## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

## 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                  | 91533362            | BENAVIDES       | TELLEZ           | JORGE         | ALEXIS         | 2025-03                   | NUEVA EPS | COTIZANTE       |

## INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN *       |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| NUEVA EPS | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 02/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 01/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 12/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 11/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |



130 Registros en 13 Páginas

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.

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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

> VER CONTRATO

Ejecución del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de pagos

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

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

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción                                                                    | Nombre del archivo                                    | Cargado por                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CTO 2435-2025 JORGE ALEXIS BENAVIDES-FEBRERO 2025.pdf | CTO 2435-2025 JORGE ALEXIS BENAVIDES-FEBRERO 2025.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| Borrar Cargar nuevo                                                            |                                                       |                                                             |

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados