Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NICOLAS GONZALEZ CASTRO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1022443064	
CORREO ELECTRONICO:	ngonzalez@fucsalud.edu.co				CELULAR:	3163421212	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG CONSULTA URGENCIAS USS FONTIBÓN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03B01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488440708292				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	2493			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1162	FECHA	2025-05-19 13:45:42.000	NÚMERO DE CRP	26953	FECHA	2025-05-27 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-04-01		2025-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$10,758,420				
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:	$32,992,488
VALOR EJECUTADO	$24,704,520
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$10,758,420
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,287,968
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

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 PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7963887137 - 7967734211	$2,900,789	$362,599	$464,126	3	$70,663	$897,388

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	1) Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	2) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
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	3) Llevo 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	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	4) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PARA LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE
Participar en la programación de actividades del área.	5) Participo en la programación de actividades del área.	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	6) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
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	7) Notifico 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.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	8) Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	ORDENES MEDICAS
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	9) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	10) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	11) Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	CUANDO SE REQUIERA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	12) Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	13) Emito conceptos médicos que se le requieran.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	14) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	15) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - ORDENES MEDICAS
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	16) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	17) Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	18) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	19) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	20) Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	21) Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SISTEMA DE INFORMACION
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	22) Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	23) Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (PILA)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	24) Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO SE REQUIERA

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022443064
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NICOLAS GONZALEZ CASTRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	BOGOTA D.C.	TELÉFONO:	2000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7963887137**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1403411473

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	$ 428.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.700	$ 0	$ 428.700
SUBTOTALES:										**$ 428.700**	**$ 0**	**$ 428.700**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 334.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 334.900	$ 0	$ 0	$ 334.900
SUBTOTALES:													**$ 334.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 334.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-33	14-33 COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 65.300	$ 65.300	$ 0	$ 0	$ 65.300
SUBTOTALES:									**$ 65.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 65.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1022443064	GONZALEZ CASTRO NICOLAS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.679.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.679.000	$ 428.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 428.700	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.679.000	$ 334.900	$ 0	$ 334.900	14-33 COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.	30	$ 2.679.000	102244306	$ 65.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 828.900

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022443064
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NICOLAS GONZALEZ CASTRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	BOGOTA D.C.	TELÉFONO:	2000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7967734211**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1403556205
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		7963887137	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2025/04/11

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	$ 35.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 35.500	$ 0	$ 35.500
SUBTOTALES:										**$ 35.500**	**$ 0**	**$ 35.500**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 27.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.800	$ 0	$ 0	$ 27.800
SUBTOTALES:													**$ 27.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 27.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-33	14-33 COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.400	$ 5.400	$ 0	$ 0	$ 5.400
SUBTOTALES:									**$ 5.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD					ARP												
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1022443064	GONZALEZ CASTRO NICOLAS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.679.000				NO							A										230301-PORVENIR	30	$ 2.679.000	$ 428.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 428.700	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.679.000	$ 334.900	$ 0	$ 334.900	14-33 COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.	30	$ 2.679.000	102244306	$ 65.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1022443064	GONZALEZ CASTRO NICOLAS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.679.000				NO							C		01-30								230301-PORVENIR	30	$ 2.901.000	$ 464.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 464.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.901.000	$ 362.700	$ 0	$ 362.700	14-33 COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.	30	$ 2.901.000	102244306	$ 70.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1022443064	GONZALEZ CASTRO NICOLAS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.679.000				NO							R		01-30								230301-PORVENIR	0	$ 222.000	$ 35.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 35.500	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 222.000	$ 27.800	$ 0	$ 27.800	14-33 COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.	0	$ 222.000	102244306	$ 5.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 68.700

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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

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? ○ 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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	02. CTO 2493 - 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	02. CTO 2493 - 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	03. CTO 2493 - 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	03. CTO 2493 - 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1022443064
NOMBRES	NICOLAS
APELLIDOS	GONZALEZ CASTRO
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/22/2025 20:09:57	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

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1022443064	GONZALEZ	CASTRO	NICOLAS		2025-03	EPS SANITAS	COTIZANTE
CC	1022443064	GONZALEZ	CASTRO	NICOLAS		2022-08	EPS FAMISANAR	BENEFICIARIO
CC	1022443064	GONZALEZ	CASTRO	NICOLAS		2023-10	EPS FAMISANAR	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS SANITAS	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	09/2023	7	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	08/2022	1	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	07/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	06/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	03/2022	1	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	12/2021	1	BENEFICIARIO	Estado Emeregencia
EPS FAMISANAR	10/2021	1	BENEFICIARIO	Estado Emeregencia
EPS FAMISANAR	08/2021	5	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	07/2021	17	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS FAMISANAR	03/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	02/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	01/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	12/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	10/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	09/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	08/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	07/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	06/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	05/2020	23	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	03/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	02/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	01/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	12/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	11/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	10/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	09/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	08/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	07/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	06/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	05/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	01/2019	1	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	10/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	09/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	08/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	07/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	06/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	05/2018	1	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	04/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	03/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	02/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	01/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	12/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS FAMISANAR	11/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	10/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NICOLAS GONZALEZ CASTRO

C.C 1.022.443.064

La suma de **($10.758.420.oo)** pesos m/cte, por concepto de: ***Prestar servicios Profesiones especializados ala gestión administrativa y/o asistencial en el área de MEDICINA como MEDICO 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 periodode **01 al 30 de Abril de 2025**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestaciónde servicio **No. 2493 - 2025**.

NICOLAS GONZALEZ CASTRO

C.C 1.022.443.064

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 488440708292