| 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: | Diana Milena Castañeda Rey | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52167359 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | dimicarn@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3881056 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | QURURGICO CIRUGÍA GENERAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | KE10C01 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 20165689844 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2222 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1390 | FECHA | 2025-06-19 15:28:53.000 | NÚMERO DE CRP | 30598 | FECHA | 2025-06-27 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | INSTRUMENTADOR QUIRURGICO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-07-01 | | 2025-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,960,192 | | | | |
| 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: | $22,709,226 |
| VALOR EJECUTADO | $22,585,470 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,960,192 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $123,756 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 87383338 | $1,485,072 | $185,634 | $237,612 | 3 | $36,176 | $459,422 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JONY MAURICIO FUENTES DIAZ
80505575
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 |
|---|---|---|
| 1) Realizar las actividades, procedimientos e intervenciones en sala de cirugía para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente. | * Asistir los diferentes procedimientos quirúrgicos en salas de cirugía, haciendo la solicitud de equipos e instrumental en Central de Esterilización y solicitando los demás insumos en farmacia. | *( Dinamica) formato de Instrumentacion Quirurgica *Libros de solicitud y entrega de instrumenta del Central de Esterilización. |
| 2) Velar por la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía. | * Asistir los diferentes procedimientos quirúrgicos en salas de cirugía, haciendo la solicitud de equipos e instrumental en Central de Esterilización y solicitando los demás insumos en farmacia. | *( Dinamica) formato de Instrumentacion Quirurgica *Libros de solicitud y entrega de instrumenta del Central de Esterilización. |
| 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | * Relizar una adecuada nota en el formato de Instrumentacion quirurgica (dinamica). * Diligenciar formato hojas de gasto de material de osteosintesis y dispositivos medico quirurgicos registrando fechas lotes entre otros. | * Hoja de registro de instrumentacion quirurgica (dinamica) * formato excel |
| 4) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones en el sistema de información de la Subred; 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. | * Relizar una adecuada nota en el formato de Instrumentacion quirurgica (dinamica). * Diligenciar formato hojas de gasto de material de osteosintesis y dispositivos medico quirurgicos registrando fechas lotes entre otros. | * Hoja de registro de instrumentacion quirurgica (dinamica) * formato excel |
| 5) Participar en la programación de las actividades de la Subred. | * asistir a actiiadades programas. * Reporte oportuno claro y veras de eventos o sucesos en la intranet de la subred. | * Planear agenda para asistir a las actividades. * diligenciar los reportes que se puedan presentar en la intranet. |
| 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. | * asistir a actiiadades programas. * Reporte oportuno claro y veras de eventos o sucesos en la intranet de la subred. | * Planear agenda para asistir a las actividades. * diligenciar los reportes que se puedan presentar en la intranet. |
| 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. | * asistir a actiiadades programas. * Reporte oportuno claro y veras de eventos o sucesos en la intranet de la subred. | * Planear agenda para asistir a las actividades. * diligenciar los reportes que se puedan presentar en la intranet. |
| 8) Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos de los pacientes. | * Verificar la asistencia del soporte externo de las diferentes casas comerciales.* Reporte oportuno claro y veras de eventos o sucesos en la intranet de la subred. * Confirmar datos del paciente de manera oportuna con el fin de dar opotunidad de la prestacion del servicio. | *Diligenciamiento de formato hoja de gasto material de osteosintesis, verificar pausas de seguriad. * Confirmar datos historia clinina. |
| 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | * Verificar la asistencia del soporte externo de las diferentes casas comerciales.* Reporte oportuno claro y veras de eventos o sucesos en la intranet de la subred. * Confirmar datos del paciente de manera oportuna con el fin de dar opotunidad de la prestacion del servicio. | *Diligenciamiento de formato hoja de gasto material de osteosintesis, verificar pausas de seguriad. * Confirmar datos historia clinina. |
| 10) Realizar los procedimientos e intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | * Verificar la asistencia del soporte externo de las diferentes casas comerciales.* Reporte oportuno claro y veras de eventos o sucesos en la intranet de la subred. * Confirmar datos del paciente de manera oportuna con el fin de dar opotunidad de la prestacion del servicio. | *Diligenciamiento de formato hoja de gasto material de osteosintesis, verificar pausas de seguriad. * Confirmar datos historia clinina. |
| 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | * Verificar la asistencia del soporte externo de las diferentes casas comerciales.* Reporte oportuno claro y veras de eventos o sucesos en la intranet de la subred. * Confirmar datos del paciente de manera oportuna con el fin de dar opotunidad de la prestacion del servicio. | *Diligenciamiento de formato hoja de gasto material de osteosintesis, verificar pausas de seguriad. * Confirmar datos historia clinina. |
| 12) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | * Aplicar actualizaciones de los diferentes documentos de la subred. *Diligenciar de manera oprtuna el cumplimiento de las actividades. *Planear cronograma de capacitaciones. | * Ingresar de manera constante a Almera. * Entregar la documentacion de manera oportuna de la cuenta de cobro para su respectiva verificacion. * Adjuntar evidencia de capacitacion. |
| 13) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | * Aplicar actualizaciones de los diferentes documentos de la subred. *Diligenciar de manera oprtuna el cumplimiento de las actividades. *Planear cronograma de capacitaciones. | * Ingresar de manera constante a Almera. * Entregar la documentacion de manera oportuna de la cuenta de cobro para su respectiva verificacion. * Adjuntar evidencia de capacitacion. |

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 14) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | * Aplicar actualizaciones de los diferentes documentos de la subred. *Diligenciar de manera oprtuna el cumplimiento de las actividades. *Planear cronograma de capacitaciones. | * Ingresar de manera constante a Almera. * Entregar la documentacion de manera oportuna de la cuenta de cobro para su respectiva verificacion. * Adjuntar evidencia de capacitacion. |
| 15) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | * Notificar cualquier daño de algun equipo o falla de proceso de esterilizacion en las pausas de seguridad y a la coordinadora de la central de esterilizacion. | *Comunicación verbal y escrita al coordinador de central de esterilizacion, y al equipo medico quirurgico del quirofano. |
| 16) Conocer.y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | * Notificar cualquier daño de algun equipo o falla de proceso de esterilizacion en las pausas de seguridad y a la coordinadora de la central de esterilizacion. | *Comunicación verbal y escrita al coordinador de central de esterilizacion, y al equipo medico quirurgico del quirofano. |
| 17) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | *Comunicación verbal y escrita al coordinador de central de esterilizacion, y al equipo medico quirurgico del quirofano. | * Veirificar el cumplimiento de los contratos asignados *Entregar la documentacion de manera oportuna de la cuenta de cobro para su respectiva verificacion. * Cumplir con las actividades asignadas por el jefe inmediato. |
| 18) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | *Comunicación verbal y escrita al coordinador de central de esterilizacion, y al equipo medico quirurgico del quirofano. | * Veirificar el cumplimiento de los contratos asignados *Entregar la documentacion de manera oportuna de la cuenta de cobro para su respectiva verificacion. * Cumplir con las actividades asignadas por el jefe inmediato. |
| 19) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | *Comunicación verbal y escrita al coordinador de central de esterilizacion, y al equipo medico quirurgico del quirofano. | * Veirificar el cumplimiento de los contratos asignados *Entregar la documentacion de manera oportuna de la cuenta de cobro para su respectiva verificacion. * Cumplir con las actividades asignadas por el jefe inmediato. |

JONY MAURICIO FUENTES DIAZ
80505575
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Diana Milena Castañeda Rey**

**C.C 52.167.359 DE Bogotá**

La suma **de 3.960.192 (Tres millones novecientos sesenta mil ciento noventa y dos pesos MCTE**), por concepto de: prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de **INSTRUMENTACION QUIRURGICA,** 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 como **INSTRUMENTADORA QUIRURGICA,** en el hospital de Fontibón, en el área de **Salas de Cirugía**, durante el periodo de 01 al 31 de Julio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 2222-2025**



**Diana Milena Castañeda Rey**

**C.C. 52.167.359 DE Bogotá**

**Celular: 3112225721**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 20165689844**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52167359 | DIANA MILENA CASTAÑEDA REY | CARRERA 87 # 84 a 71 | 3112225721 | dimicarn@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-06 | 2025-06 | I | 16/06/2025 | 87383338 | $533.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**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 | 202.300 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 202.300 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 259.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 259.000 | 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 | 39.500 | | | | 39.500 | 0 | 0 | 39.500 | | | 395 | 39.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 32.400 | 0 | 0 | 32.400 | 1 |

**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 | 202.300 | 202.300 |
| Pensión | 1 | 259.000 | 259.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 39.500 | 39.500 |
| CCF | 1 | 32.400 | 32.400 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 533.200 | 533.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52167359 | DIANA MILENA CASTAÑEDA REY | | CARRERA 87 # 84 a 71 | 3112225721 | dimicarn@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| 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 | |
| 2025-06 | 2025-06 | I | 16/06/2025 | 87383338 | $533.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornudo | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 52167359 | CASTAÑEDA REY DIANA MILENA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.618.373 | 259.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.618.373 | 202.300 | 14-11 | 1.618.373 | 3 | 39.500 | CCF24 | 1.618.373 | 32.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

"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 | 52167359 | CASTAÑEDA | REY | DIANA | MILENA | 2018-08 | EPS COMPENSAR | BENEFICIARIO |
| CC | 52167359 | CASTAÑEDA | REY | DIANA | MILENA | 2025-06 | EPS COMPENSAR | COTIZANTE |
| CC | 52167359 | CASTAÑEDA | REY | DIANA | MILENA | 2015-07 | EPS SALUD TOTAL | COTIZANTE |

**INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS**

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| EPS COMPENSAR | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 142 Registros en 15 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

ADRES Colombia (https://www.youtube.com/@adrescolombia6206)



- MinTrabajo (https://www.mintrabajo.gov.co/web/guest)
- MinInterior (https://www.mininterior.gov.co/)

- MinRelaciones (https://www.cancilleria.gov.co/)
- MinHacienda (https://www.minhacienda.gov.co/)
- MinMinasyEnergia (https://www.minenergia.gov.co/es/)
- MinComercio (https://www.mincit.gov.co/)
- MinTic (https://www.mintic.gov.co/)
- MinEducación (https://www.mineducacion.gov.co/)

- MinCultura (https://www.mincultura.gov.co/)
- MinAgricultura (https://www.minagricultura.gov.co/)
- MinAmbiente (https://www.minambiente.gov.co/)
- MinTransporte (https://www.mintransporte.gov.co/)
- MinVivienda (https://www.minvivienda.gov.co/)
- Gobierno Digital (https://gobiernodigital.mintic.gov.co/portal/)

## Enlaces de Interés:

- Superintendencia Nacional de Salud (https://www.supersalud.gov.co/)
- Instituto Nacional de Salud (https://www.ins.gov.co/)
- Registro de Prescripción de Prestaciones No Incluidas en el POS (https://mipres.sispro.gov.co/)
- Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx)
- Gestión del Riesgo Individual (https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx)
- Medicamentos a un clic (https://medicamentosaunclic.gov.co/)
- POS Pópuli (https://pospopuli.minsalud.gov.co/)

## Otras entidades:

Departamento Nacional de Planeación (https://www.dnp.gov.co/)
Departamento Administrativo de la Función Pública (https://www.funcionpublica.gov.co/)
Departamento Administrativo Nacional de Estadística (https://www.dane.gov.co/)
Prosperidad Social (https://prosperidadsocial.gov.co/)
Unidad para las Víctimas (https://www.unidadvictimas.gov.co/)

- Gobierno en Línea (http://estrategia.gobiernoenlinea.gov.co/765/w3-channel.html)
- ICBF (https://www.icbf.gov.co/)
- Colombia Compra Eficiente (https://www.colombiacompra.gov.co/colombia-compra/colombia-compra-eficiente)
- SECOP (https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do)
- Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/es/)
- Organización Panamericana de la Salud (https://www.paho.org/col/)



(https://www.colombia.co/)

Medellín, 18 de julio de 2025

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DIANA MILENA CASTAÑEDA REY identificado(a) con C52167359 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C521673592519935457

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.18