| 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: | IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79793638 | |
| CORREO ELECTRONICO: | iltat1122@hotmail.com | | | | CELULAR: | 7755127-3214219219 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A D RADIOLÓGICA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE11L02 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 42344663 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1396 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1614 | FECHA | 2025-08-11 13:02:55.000 | NÚMERO DE CRP | 34354 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-08-01 | | 2025-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,282,140 | | | | |
| 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: | $12,863,016 |
| VALOR EJECUTADO | $8,575,344 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,282,140 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4,287,672 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 67% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 88391660 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

RONALD MEZA COLON
91446480
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 |
|---|---|---|
| Portar los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades. | Cumplo con el porte de los elementos de los elementos básicos para el desarrollo de mis actividades. | Tengo los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades. |
| Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento. | Tener oportunamente los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades. | Tengo listo los elementos de acuerdo a cada procedimiento. |
| Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente. | Realizo mis actividades y procedimientos con una técnica adecuada. | Cumplo con mis actividades de forma responsable y siguiendo los protocolos establecidos. |
| Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada. | Realizo mis actividades y procedimientos con una tecnica adecuada. | Hago los procedimientos, siguiendo los protocolos. |
| Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. | Arreglo ,limpio y organizo la unidad. | Arreglo ,limpio y organizo la unidad. |
| Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales. | Preparo y colaboro a los pacientes, para la realización de su examen. | Realizo registro de notas de enfermería con cada actividad. |
| Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados. | Asisto de manera oportuna y eficaz a mis pacientes en cada una de sus actividades. | Desarrolle mi nota de enfermería en la aplicación de dinámica. |
| Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados. | Na. | Na. |
| Realizar personalmente las actividades, objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. | Realizo todas las actividades para la cuales fui contratado y respondo por cada una de ellas siempre teniendo en cuenta que es responsabilidad de todo el equipo de trabajo el cumplir a cabalidad con nuestro trabajo. | Realizo libro de entrega de turno y actas. |
| Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades. | Dedico la totalidad del tiempo para el desarrollo de mis actividades contractuales. | Registro en el formato de recibo y entrega de turno. |
| Recibir y entregar la información detallada del servicio a cargo (TAC, Rx, Ecografia). | Diligencio diariamente el libro de entrega de turno. | Realizo y registro en el libro de entrega de turno. Realizo y registro en el libro de entrega de turno. |
| Atender las necesidades del equipo de trabajo. | Atiendo las necesidades de mi equipo de trabajo. | Soy eficiente y eficaz. |
| Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia. | Explico los procedimientos que se van a realizar a los pacientes y a su acompañante. | Realizo acta de consentimiento informado. |
| Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización. | Respeto los derechos y trato con etica a todos los pacientes. | Se brinda información oportuna y eficaz. |
| Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo. | Respeto los derechos y trato con ética a todos los pacientes. | Trabajo con ética. |
| Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. | Trato con respeto y de la mejor forma a las personas de mi entorno. | Mantengo buenas relaciones con el personal y los pacientes. |
| Aplicar los principios de técnica aséptica. | Cumplo con todas las disposiciones impartidas por mi jefe inmediato. | Firma de actas de compromiso. |
| Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos. | Aplicar los principios de técnica aséptica. Realizo carpeta de control de desinfección y limpieza. | Realizo carpeta de control de desinfección y limpieza. |
| Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento. | Aplico las normas de bioseguridad en el manejo de fluidos. | Se realiza registro en la carpeta de control de desinfección y limpieza. |
| Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos y materiales. | Cumplo con todos los protocolos establecidos en el programa de salud ocupacional. | Realiza seguimiento en el aplicativo almera. |
| Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. | Vigilo e informo faltantes de inventario. | Se realiza registro de inventario. |
| Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución. | Porto el carnet durante todo mi turno. | Porto el carnet durante todo mi turno |
| Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. | Hago uso adecuado y racional de los insumos y equipos utilizados en mi labor. | Se realiza el registro de libro de control. |
| Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo. | Mantengo limpios y ordenados todos los equipos y materiales utilizados. | Se realiza registro de carpeta de control de desinfección y limpieza de equipos. |
| Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan. | Salvaguardo todos los elementos que se encuentra a mi cargo. | Se realiza la entrega de libro de entrega de turno. |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Se realiza preparación previa antes del examen, explicando sus riesgos. | Gestión del procedimiento antes de iniciar. | Se realiza procedimiento de acuerdo a los protocolos. |
| Aprendizaje continuo y actualización de protocolos instituciones. | Se cumple con capacitación y reinducción institucional. | Se realiza aprendizaje continuo (Asegúrate mes de Agosto). |
| Se realizan inventarios, carpetas de control y supervisión de la temperatura y humedad del servicio. | Se verifica carpetas y se realiza inventarios a diario. | Se realiza verificación de temperatura estándar en el servicio (Se registra temperatura de control en el libro.) |
| Se realiza desinfección rutinaria y terminal. | Se realiza desinfeccion a diario y los fines de semana. | Se deja registro de actividades en el servicio. |
| Se realiza pedido de insumos necesarios para el servicio. | Se realiza inventario de la unidad a diario. | Se deja lista de insumos que se utilizan en el mes. |

RONALD MEZA COLON
91446480
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:**

**IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA**
C.C. 79793638 de BOGOTA

La suma de $ 2.282.148 **(Dos millones doscientos ochenta y dos mil ciento cuarenta y ocho pesos MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de imagenología, 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 **Auxiliar de Enfermería**; en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de **Radiología**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de agosto de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 1396-2025.**


## Ivan Leonardo Useche Mahecha

C.C. 79793638 de Bogotá

Cel: 3214219219

CUENTA DE AHORROS # 42344663
Banco BBVA

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 | 79793638 | IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA | CL 66 A SUR NO 80 L 04 | 8143019 | iltat1122@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 | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 04/08/2025 | 88391660 | $440.500 | |

## 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 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 178.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 227.800 | 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 | 34.700 | | | | 34.700 | 0 | 0 | 34.700 | | | 347 | 34.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

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

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 178.000 | 178.000 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 227.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 440.500 | 440.500 |

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 | 79793638 | IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA | CL 66 A SUR NO 80 L 04 | 8143019 | iltat1122@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 | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 04/08/2025 | 88391660 | $440.500 | |

## 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 | Estornado | 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 | 79793638 | USECHE MAHECHA IVAN LEONARDO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 178.000 | 14-11 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# Afiliados Compensados

## ¿Qué es el proceso de compensación en salud?

El proceso de compensación es un mecanismo mediante el cual la ADRES rec
EPS los recursos del aseguramiento correspondientes a los afiliados al régime
incluyen:

· La Unidad de Pago por Capitación - UPC, destinada a cubrir la atención
· Los recursos para el pago de incapacidades por enfermedad general de los cotizantes.
· Los recursos para financiar actividades de promoción y prevención (PyP)

Para llevar a cabo este proceso, la ADRES realiza cruces de información entre diversas fuentes, tales como:

· La información reportada por los operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA.
· El recaudo de los aportes en las cuentas maestras de titularidad de la ADRES asignadas a cada EPS.
· La Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.
· Información sobre personas fallecidas, documentos de identificación cancelados o no válidos reportados por la Registraduría Nacional del Estado Civil, Migración Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social.
· Información de afiliación reportada por las entidades que administran los regímenes especiales y de excepción.

## ¿Qué significa que un afiliado esté compensado?

## ¿Qué implicaciones tiene para los afiliados?

## ¿Qué hacer si aparecen días no compensados?

**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 | 79793638 | USECHE | MAHECHA | IVAN | LEONARDO | 2025-07 | EPS COMPENSAR | COTIZANTE |

**INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS**

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| EPS COMPENSAR | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| 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 |

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.