

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                      |                     | 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         |               |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | harold gilberto letrado penagos                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                                                                  | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 79714220   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | haritol.lp@hotmail.com                                                                               |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3228168874 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                                      |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | U C S SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV137 MOVIL - 6934 USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10V02-P53       | 100                      |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                                                                                      |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 550488403434696                                                                                      |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4390                     |                                                                                                      |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1866              | FECHA                    | 2025-09-17 13:41:10.000                                                                              | NÚMERO DE CRP       | 39991                            | FECHA         | 2025-09-26 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                                                                | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                      | 2025-09-01          |                                  |               | 2025-09-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                                      |                     | \$1,317,234                      |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                                                      |                     | \$10,124,841                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                      |                     | \$7,222,461                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                                                      |                     | \$1,317,234                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                      |                     | \$0                              |               |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                                                                      |                     | \$2,902,380                      |               |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                                                      |                     | 71%                              |               |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 8389172999                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                | \$145,364                                                                                            | 4                   | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Angie Paola Buitrago Colorado<br>1013667933<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                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prestar servicios como auxiliar de enfermería o tecnólogo en APH del programa de Atención Prehospitalaria de la subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. durante el tiempo de disponibilidad indicado en el requerimiento, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud. Estar presente en el momento de entregar y recibir disponibilidad con el perfil asignado según cronograma de actividades, registrando las novedades correspondientes.                                                                                                                            | A. Recibir la móvil en óptimas condiciones dejando por escrito las novedades presentadas al momento                                             | B. Al no llegar a tiempo a mi cambio de turno no estaría presente para recibir las novedades presentadas durante el día en la móvil las cuales se deben subsanar en el tiempo de aprovisionamiento |
| Diligenciar oportunamente de manera completo y adecuada de los registros propios de la Atención Pre hospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formato fallido y/o cancelado, formato de elementos de protección personal, formatos limpieza y desinfección, formato de control de temperatura y humedad, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia, etc.) Los cuales deberán ser diligenciados en el aplicativo y/o en físico, inmediatamente se finalice la atención del paciente. En ningún caso los registros clínicos podrán ser diligenciados después del período de atención del paciente. | A. Asistir a las reuniones de actualización de documentación que requiere el programa de salud mental.                                          | B. No estaría actualizado en la información de los nuevos documentos que se requieren.                                                                                                             |
| Realizar valoración, estabilización y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | A. Ayudar con el diligenciamiento de las historias clínicas estar pendiente de llevar los formatos adecuados al momento de la atención          | B. Estaría obstruyendo la debida operación del programa.                                                                                                                                           |
| Realizar los procedimientos ordenados por el médico de la tripulación o el médico regulador para la estabilización de pacientes, dentro de su núcleo de saber. Incluyendo la aplicación supervisada de medicamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | A. Estar atento a cualquier necesidad o requerimiento de cualquier integrante del equipo de trabajo.                                            | B. No se brindaría una atención oportuna                                                                                                                                                           |
| Estar atento al cumplimiento de las órdenes operativas del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, realizando los reportes radiales de información pertinente al paciente con propósitos de regulación médica y orientación de traslado e información relevante de situaciones de emergencia y coordinación con el médico regulador, directivos del centro regulador, otras unidades medicalizadas y básicas, agencias del estado que participen en situaciones de desastre y/o emergencias cuando se requiera.                                                                                                                                       | A. Acatar debidamente la directriz del médico a cargo para brindar una buena atención.                                                          | B. Si no se actúa de manera adecuada se pondría en riesgo la salud integridad y seguridad del paciente                                                                                             |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas designadas, según cronograma previamente establecido, para el buen desempeño de los indicadores asociados a los traslados y valoraciones, asignados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | A. Cumplir manejos y direccionamiento de acuerdo al médico regulador.                                                                           | B. Generaría novedades administrativas y asistenciales por desacato a órdenes dadas por centro regulador                                                                                           |
| . Realizar gestión oportuna en cuanto a la liberación de las camillas en cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la cual recepcionen los pacientes asignados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, en concordancia con los indicadores de productividad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | A. Cumplir debidamente con las actividades asignadas durante el turno laboral sin superar los tiempos establecidos.                             | B. Generaría novedades administrativas por incumplimiento al contrato                                                                                                                              |
| Realizar el acompañamiento permanente del paciente, dentro de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, hasta que sea ubicado en espacios propios de la institución y se realice la liberación de la camilla, realizando reportes periódicos de la gestión realizada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Portar adecuadamente las prendas institucionales y carnet de identificación Suministradas por la subred.                                        | B. Se perdería credibilidad institucional al no hacer uso adecuado del uniforme                                                                                                                    |
| Realizar el oportuno y adecuado diligenciamiento del libro de despachos, atenciones y traslados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | A. Mantener el vehículo en óptimas condiciones para garantizar la seguridad de la tripulación y del paciente                                    | B. Se generarían riesgos biológicos para la tripulación y el paciente                                                                                                                              |
| Portar las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suoccidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | A. Garantizar un servicio oportuno desde la valoración hasta la entrega del paciente en la institución para que pueda tener una atención eficaz | No se estaría prestando el servicio adecuado para suplir las necesidades del paciente.                                                                                                             |
| Portar la tarjeta de identificación de la misión médica en un lugar visible, en cumplimiento con la resolución 4481-2012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Informar a tiempo sobre el estado del paciente para brindar una atención integra                                                                | Se pondría en riesgo la salud del paciente                                                                                                                                                         |
| Cumplir con en el manual de bioseguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | A. Cumplir las guías dadas basándose en la evidencia científica                                                                                 | B. No se estaría dando cumplimiento a las actividades generadas por la subred                                                                                                                      |
| Aplicar las normas, guías y protocolos en el ámbito de sus actividades que garanticen la adecuada prestación del servicio de urgencias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | A. Manejar la ética y confidencialidad profesional con el paciente                                                                              | B. Se estaría violando la intimidad y privacidad del paciente.                                                                                                                                     |
| Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al supervisor , los eventos de seguridad clínica evidenciados en el aplicativo de política de seguridad al usuario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | A. Optimizar tiempos de respuesta para una adecuada valoración del paciente.                                                                    | B. Se perdería tiempo para prestar una atención e intervención óptima                                                                                                                              |
| Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al supervisor , los eventos de seguridad clínica evidenciados en el aplicativo de política de seguridad al usuario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | A. Brindar un buen proceso de calidad durante la atención y traslado del paciente                                                               | B. Incumpliríamos las políticas de calidad de la institución.                                                                                                                                      |
| Realizar autocontrol sobre las actividades propias de su actividad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | A. Asistir a los eventos contractuales programados por la subred.                                                                               | B. No estaría actualizada en nuevos manejos y protocolos vigentes, se levanta novedad en caso de inasistencia                                                                                      |
| Ejercer las demás actividades afines con la naturaleza del objeto, cumplir protocolos, directrices y demás requisitos que permitan una operación ótima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | A. Llevar un debido control de todos los desplazamientos durante la operación diaria.                                                           | B. No se llevaría un registro adecuado de los casos suministrados por el crue.                                                                                                                     |
| Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa o indirectamente del objeto contractual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | " A. Tomar fotos de documentación necesaria.                                                                                                    | B. Se generarían glosas de parte del área administrativa                                                                                                                                           |

Angie Paola Buitrago Colorado  
1013667933  
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:**

**HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS**

**C.C 79.714.220 DE BOGOTA**

La suma de **\$1.317.234**, por concepto de: **Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o asistencial en el área de ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E como AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, durante el periodo del **01 al 30 de SEPTIEMBRE del 2025**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio **No. 4390-2025**.



**HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS**

**C.C 79.714.220 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA NUMERO 0550488403434696**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS  
**No. Identificación:** CC79714220  
**Dirección:** CLL 56 A SUR N 78 M 12  
**Telefono:** 7795979  
**Correo:** HARITOL.LP@HOTMAIL.COM  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8389172999

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Nombre Aportante                | HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS |
| Tipo y número de identificación | CC79714220                      |
| Número de planilla              | 8389172999                      |
| Fecha pago                      | 2025-09-11                      |
| Número de autorización pago     | 581886                          |
| Banco                           | 1023                            |

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| Número de Empleados           | 1              |
| Periodo de Cotización Salud   | agosto de 2025 |
| Periodo de Cotización Pensión | agosto de 2025 |
| Número de Administradoras     | 4              |
| Total Pagado                  | 471300         |
| Total Intereses de Mora       | 2300           |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE                               | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|--------------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA                             | 34900        | 1                   |
| 230301                | Porvenir                             | 228900       | 1                   |
| CCF24                 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 28700        | 1                   |
| EPS008                | Compensar EPS                        | 178800       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 79714220  
APELLIDOS Y NOMBRES: HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS008   | 230301   | 1423500   | 1423500     | 1423500     | 1423500   | 178000           | 0         | 227800             | 0                                | 34700              | 28500        |



## Afiliados Compensados

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

El proceso de compensación es un mecanismo mediante el cual la ADRES recibe de las EPS los recursos del aseguramiento correspondientes a los afiliados al régimen contributivo. Los recursos que se incluyen son:

- 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 IDENTIFICACIÓN | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC     | TIPO AFILIACIÓN |
|---------------------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|---------------|-----------------|
| CC                  | 79714220            | LETRADO         | PENAGOS          | HAROLD        | GILBERTO       | 2025-08                   | EPS COMPENSAR | COTIZANTE       |

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC     | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN *       |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS COMPENSAR | 08/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| 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 |





1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

...





143 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.

ADRES

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

Centro Empresarial Elemento  
Av. El Dorado #No. 69-76, torre 1, piso 16  
Código Postal 111071, Bogotá, D.C.  
Línea de atención telefónica Bogotá PBX +57 601 432 27 60

**Horarios de Atención:**  
Radicación de correspondencia y atención presencial: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.  
Correo electrónico [correspondencia1@adres.gov.co](mailto:correspondencia1@adres.gov.co) y [correspondencia2@adres.gov.co](mailto:correspondencia2@adres.gov.co)  
Línea fija en Bogotá 601 7437077 Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m.

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 423 737 Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Si necesita radicar una petición, puede realizarla vía correo electrónico a [correspondencia1@adres.gov.co](mailto:correspondencia1@adres.gov.co) y [correspondencia2@adres.gov.co](mailto:correspondencia2@adres.gov.co)

https://www.adres.gov.co/eps/regimen-contributivo/Paginas/afiliados-compensados.aspx

1/2

- 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

| 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 |                   |                  |                    |                           |        |
| <div>Crear</div>                                                              |                   |                  |                    |                           |        |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción              |                                                   | Nombre del archivo                                | Cargado por       |                           |                         |
|--------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CONTRATO 4390 2025 HAROLD LETRADO JUNIO.pdf       | CONTRATO 4390 2025 HAROLD LETRADO JUNIO.pdf       | Proveedor         | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CONTRATO 4390 2025 HAROLD LETRADO JULIO 2025.pdf  | CONTRATO 4390 2025 HAROLD LETRADO JULIO 2025.pdf  | Proveedor         | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CONTRATO 4390 2025 HAROLD LETRADO AGOSTO 2025.pdf | CONTRATO 4390 2025 HAROLD LETRADO AGOSTO 2025.pdf | Proveedor         | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          |                                                   |                                                   | <div>Borrar</div> | <div>Cargar nuevo</div>   |                         |

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>