

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                          |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                                            |                     |                          |                               |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                          | diego armando silva cortes    |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                          | C.C                           | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 1032364807                 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                          | www.diego.s@hotmail.com       |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3502801933                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                                |                     |                          |                               |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                          | A D RADIOLÓGICA HOSPITAL BOSA |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                          | Centro de costo     | %                        |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            | BO37L02             | 100                      |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                                        | BANCO GNB SUDAMERIS |                          |                               |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                          | 90940051220                   |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                   |                     |                          |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                         |                     | 1546                     |                               |                        | VIGENCIA                         |             | 2025                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                              | 2140                | FECHA                    | 2025-11-05<br>00:00:00.000    |                        | NÚMERO DE CRP                    | 47894       | FECHA                                                                               | 2025-11-10<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                       |                     | TECNOLOGO EN RADIOLOGIA  |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                                       |                     | DESDE                    | FECHA INICIAL                 |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                          | 2025-10-01                    |                        |                                  | 2025-10-31  |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                          |                               |                        | \$2,356,056                      |             |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                          |                               |                        | \$22,930,452                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                          |                               |                        | \$22,201,354                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                          |                               |                        | \$2,356,056                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                          |                               |                        | \$0                              |             |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                          |                               |                        | \$729,098                        |             |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                          |                               |                        | 97%                              |             |                                                                                     |                            |
| 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                                                                       |                            |
| 89935416                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526           | \$113,566                |                               | \$145,364              | 3                                | \$22,132    | \$281,062                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br><div style="text-align: center;">           jefersson andres orjuela ayala<br/>           1022360481<br/>           Supervisor         </div> |                     |                          |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br><br>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                           |                     |                          |                               |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                         | PRODUCTOS                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.                                                                                                                                                              | Cumplo con confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica del Paciente.                                                                                                                            | En el aplicativo dinamica realizar observaciones conrrespondientes al trabajo realizado.                                |
| "Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones. así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación" | llevo acabo el resgistro de los procedimientos realizados ,                                                                                                                                                         | Todos los estudios realizados quedan enviados a la plataformas ITMS .                                                   |
| Participar en la programación de actividades del área.                                                                                                                                                                                                                    | Participo en todas a las actividades programadas por la direccion del servicio.                                                                                                                                     | Formato de actas de las actividades programadas.                                                                        |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                                                                                                                | Reporto todo evento de suceso de seguridad del paciente.                                                                                                                                                            | Aplicativo de seguridad al paciente                                                                                     |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, manejar y operar los equipos generadores de radiaciones ionizantes, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                  | Notifico las fallas de los equipos que opero al sistema que esta destinado para dicho proceso.Manejo los equipos utilizados para la consecucion de las imágenes y participo en las acciones de mejora del servicio. | Aplicativo almera. (mesa de ayuda), libros de entrega de turno y actas de compromiso.                                   |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                  | diligencio de forma adecuada los formatos establecidos por la institucion.                                                                                                                                          | Aplicativo dinamica,almera e ITMS                                                                                       |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica.                                                                                                                                          | Diligencio el formato de consentimiento informado de acuerdo con la normatividad estipulada.                                                                                                                        | Formato de consentimiento informado diligenciado.                                                                       |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                                 | Apoyo con mi trabajo los protocolos establecidos para la ejecucion del mismo.                                                                                                                                       | Estudios de imagenes diagnosticas. Cumpliamiento las normas obligatorias del sistema obligatorio de garantia de calidad |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.                                                                                                     | Corroboro mes a mes con el supervisor del area el cumplimiento de las obligaciones a las cuales estoy comprometido                                                                                                  | Relacion de obligaciones reportadas en el suresoc.                                                                      |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                           | Respondo por los equipos y elementos que son utilizados en el desarrollo de mi actividad.                                                                                                                           | Formato de entrega de turno.                                                                                            |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado                                                                                                                                                                     | Participo en todas las actividades a las cuales soy convocado .                                                                                                                                                     | Acta de jornada de capacitacion.                                                                                        |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                             | conozco y cumplo con las campañas implementadas por la sub red                                                                                                                                                      | Actas de participacion.                                                                                                 |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                                      | Apoyo a la subred en todas las actividades dentro y fuera del hospital.                                                                                                                                             | Actas de participacion.                                                                                                 |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                                                                                                                                  | Registro las actividades a las cuales me dedico durante mi jornada laboral.                                                                                                                                         | Aplicativo dinamica, ITMS y almera                                                                                      |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                                                                                                                   | Entrego puntualmente mes a mes el pago de los parafiscales.                                                                                                                                                         | Planilla de aportes                                                                                                     |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                                                                   | Realizo las demas actividades queme sean encomendadas por mi supervisor.                                                                                                                                            | estipuladas en una acta.                                                                                                |

jefersson andres orjuela ayala  
1022360481  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

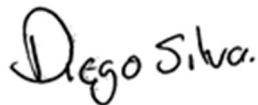
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DIEGO ARMANDO SILVA CORTES**  
**C.C 1.032.364.807 DE BOGOTÁ**

La suma de **\$(2.356.056)** DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE., por concepto de: Prestar servicios de apoyo 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, durante el periodo del **01** al **31** de **OCTUBRE/2025** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1546-2025**.



**DIEGO ARMANDO SILVA CORTES**  
**C.C 1.032.36.4807 DE BOGOTÁ**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO GNB SUDAMERIS**  
**NUMERO 90940051220**

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                            |        |                    |                    |                         |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|--------------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN          | TELÉFONO           | CORREO                  |
| CC                                  | 1032364807        | DIEGO ARMANDO SILVA CORTES |        | cra 6 e NO 38 - 91 | 3502801933         | www.diego.s@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO       | CIUDAD / MUNICIPIO |                         |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.       | BOGOTÁ, D.C.       |                         |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                            |        |                    |                    | NO                      |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLÉADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 08/10/2025               | 89935416        | \$407.400        |

## 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     | 6         | 700                   | 0              | 178.700       | 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 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 6         | 900                   | 0              | 228.700       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|---------------|--------|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 6         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 6         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 178.700       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 228.700       |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 2                              | 405.800                             | 407.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                    |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|--------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN          | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1032364807        | DIEGO ARMANDO SILVA CORTES |        | cra 6 e NO 38 - 91 | 3502801933         | www.diego.s@hotmail.com             |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO       | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.       | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |                    |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                    |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 08/10/2025               | 89935416        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$407.400     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |    |    |    |    |       |       |           |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |         |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|----|----|----|----|-------|-------|-----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|---------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |                 |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |    |    |    |    | SALUD |       |           | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |         |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase de Riesgo | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN | IOE     | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA    | MA    | Cód. AFP  | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o 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   | 1032364807            | SILVA CORTES DIEGO ARMANDO | 3         | 0       | N         |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |    |    |    |    |       | 25-14 | 1.423.500 | 227.800           | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | EPS008                          | 1.423.500    | 178.000 |                        | 0        |         | 0               |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL  
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS         |
|--------------------------|---------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC            |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1032364807    |
| NOMBRES                  | DIEGO ARMANDO |
| APELLIDOS                | SILVA CORTES  |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**      |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTA D.C.   |
| MUNICIPIO                | BOGOTA D.C.   |

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                 | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-----------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 02/05/1995                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                     |                        |                     |                |
|---------------------|------------------------|---------------------|----------------|
| Fecha de Impresión: | 10/27/2025<br>10:52:21 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---------------------|------------------------|---------------------|----------------|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.



[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)



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

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC       | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|---------------|-----------------|
| CC                  | 1032364807            | SILVA           | CORTES           | DIEGO         | ARMANDO        | 2025-10                   | EPS COMPENSAR | COTIZANTE       |

| EPS/EOC       | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS COMPENSAR | 10/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| 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 |
| EPS COMPENSAR | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |



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

| EPS/EOC       | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS COMPENSAR | 05/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |



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

| EPS/EOC       | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS COMPENSAR | 08/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo "Observación \*" denota la siguiente situación:

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

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