

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                             |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                             |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | JUAN DAVID MORENO PEÑA                                                                      |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                                                         | X                      | C.E                              | No.        |                                                                                     | 1022943530 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | camildavidmor@gmail.com                                                                     |                        |                                  | CELULAR:   |                                                                                     | 3053872912 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                             |                        | SUBRED                           |            |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | U C S CONVENIO APH - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV152 MOVIL - 6903 HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL |                        |                                  | SEDE:      |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                                                             |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE11V02-P32       | 100                      |                                                                                             |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                                                                             |                        | TIPO DE CUENTA:                  |            | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 550488433489942                                                                             |                        |                                  |            | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                                             |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 7292                     |                                                                                             |                        | VIGENCIA                         |            | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2294              | FECHA                    | 2025-11-21 15:50:59.000                                                                     | NÚMERO DE CRP          | 53326                            | FECHA      | 2025-11-30 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                                                             |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                                                       | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA      | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                             | 2025-11-01             |                                  |            | 2025-11-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                             | \$1,674,450            |                                  |            |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                                             |                        | \$4,219,614                      |            |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                             |                        | \$1,674,450                      |            |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                                             |                        | \$1,674,450                      |            |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                             |                        | \$0                              |            |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                                                             |                        | \$2,545,164                      |            |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                                             |                        | 40%                              |            |                                                                                     |            |
| 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                                                                       |            |
| 1076389098                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                |                                                                                             | \$145,364              | 4                                | \$22,132   | \$281,062                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Prestar servicios como auxiliar de enfermería o tecnólogo en el programa de Atención Prehospitalaria y / o salud mental 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Presto servicios como auxiliar de enfermería o tecnólogo en el programa de Atención Prehospitalaria y / o salud mental 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - MANUAL DE FUNCIONES INSTITUCIONALES                                                                                     |
| 2. Estar presente en los procesos de entrega y recepción de disponibilidad conforme al perfil asignado y al cronograma de actividades establecido registrando las novedades que se presenten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Estoy presente en los procesos de entrega y recepción de disponibilidad conforme al perfil asignado y al cronograma de actividades establecido registrando las novedades que se presenten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | REPORTES PERIODIOS AL CRUE / PROCESOS INSTITUCIONALES                                                                                                |
| 3. Realizar valoración estabilización y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Realizo valoración, estabilización y / o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | HISTORIA CLINICA / REPORTE CRUE / PROTOCOLOS DE MANEJO ESTABLECIDOS                                                                                  |
| 4. 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Realizo 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | RESPUESTA CORRECTA Y A TIEMPO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN CON EL CENTRO REGULADOR - CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES                   |
| 5. Diligenciar de forma completa clara y oportuna 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 entre otros en los aplicativos o medios físicos establecidos inmediatamente se finalice la atención del paciente. En ningún caso los registros clínicos podrán ser diligenciados después del período de atención del paciente el incumplimiento genera responsabilidad frente al pago correspondiente al valor del servicio prestado | Diligencio de forma completa clara y oportuna 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 entre otros en los aplicativos o medios físicos establecidos inmediatamente se finalice la atención del paciente. En ningún caso los registros clínicos podrán ser diligenciados después del período de atención del paciente el incumplimiento genera responsabilidad frente al pago correspondiente al valor del servicio prestado | SOPORTES FISICOS O MAGNETICOS SEGÚN EL CASO LO AMERITE Y EN CUMPLIMIENTO DEL MISMO                                                                   |
| 6. Acatar las indicaciones 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.                                                                                                                                                                                                                                   | Acato las indicaciones 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.                                                                                                                                                                                                                                   | PROTOCOLOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO - REPORTE OPORTUNO EN EL DESARROLLO DEL SINIESTRO ATENDIDO                                                |
| 7. . Gestionar oportunamente la liberación de las camillas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS receptoras garantizando el acompañamiento del paciente hasta su ubicación definitiva y efectuando los reportes respectivos de la gestión realizada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Gestiono oportunamente la liberación de las camillas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS receptoras garantizando el acompañamiento del paciente hasta su ubicación definitiva y efectuando los reportes respectivos de la gestión realizada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PROTOCOLOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO - SEGUIMIENTO CONSTANTE Y REPORTE AL CRUE SEGÚN PROCEDIMIENTO Y RESPUESTO DEL CENTRO MEDICO A LA URGENCIA |
| 8. Ejecutar las actividades y metas asignadas conforme al cronograma establecido contribuyendo al cumplimiento de los indicadores de gestión sin exceder jornadas superiores a doce ( horas continuas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ejecuto las actividades y metas asignadas conforme al cronograma establecido contribuyendo al cumplimiento de los indicadores de gestión sin exceder jornadas superiores a doce ( horas continuas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SOPORTES FISICOS O MAGNETICOS SEGÚN EL CASO LO AMERITE Y EN CUMPLIMIENTO DEL MISMO                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9. Realizar el oportuno y adecuado diligenciamiento del libro de despachos atenciones y traslados, vigencia y estado.                                                                                                                                                                                                           | Realizo el oportuno y adecuado diligenciamiento del libro de despachos atenciones y traslados, vigencia y estado.                                                                                                                                                                                                          | SOPORTES FISICOS O MAGNETICOS SEGÚN EL CASO LO AMERITE Y EN CUMPLIMIENTO DEL MISMO                                                                                                                                 |
| 10. Registrar y mantener actualizado el inventario de insumos medicamentos y equipos biomédicos verificando su vigencia y estado. Efectuar el diligenciamiento del formato preoperacional de equipos y coordinar con el auxiliar de farmacia la reposición oportuna de materiales requeridos.                                   | Registro y mantengo actualizado el inventario de insumos medicamentos y equipos biomédicos verificando su vigencia y estado. Efectuar el diligenciamiento del formato preoperacional de equipos y coordinar con el auxiliar de farmacia la reposición oportuna de materiales requeridos.                                   | SOPORTES FISICOS O MAGNETICOS SEGÚN EL CASO LO AMERITE Y EN CUMPLIMIENTO DEL MISMO                                                                                                                                 |
| 11. Responder por la custodia manejo y correcta utilización de los equipos e insumos asignados.                                                                                                                                                                                                                                 | Respondo por la custodia manejo y correcta utilización de los equipos e insumos asignados.                                                                                                                                                                                                                                 | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - INVENTARIOS COMPLETOS Y EN PERIODOS CONSTANTES DISPONIBLES PARA QUIEN LO SOLICITE ADMINISTRATIVAMENTE Y / U OPERATIVAMENTE                                                            |
| 12. Cumplir con los protocolos de bioseguridad y con las disposiciones relacionadas con la seguridad del paciente la confidencialidad de la información y el reporte de eventos adversos o de seguridad.                                                                                                                        | Cumplo con los protocolos de bioseguridad y con las disposiciones relacionadas con la seguridad del paciente la confidencialidad de la información y el reporte de eventos adversos o de seguridad.                                                                                                                        | REGISTROS FISICOS Y MAGNETICOS SEGÚN LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS PARA EL EVENTO OCURRIDO                                                                                                           |
| 13. Brindar atención digna humanizada eficaz y respetuosa a los pacientes familiares y demás usuarios suministrando información clara y comprensible.                                                                                                                                                                           | Brindo atención digna humanizada eficaz y respetuosa a los pacientes familiares y demás usuarios suministrando información clara y comprensible.                                                                                                                                                                           | PROTOCOLOS DE HUMANIZACION ESTABLECIDOS PARA EL SERVICIO A PRESTAR                                                                                                                                                 |
| 14. Portar las prendas institucionales establecidas en el manual de imagen del CRUE el carné institucional y la tarjeta de identificación de misión médica en lugar visible conforme a la Resolución de .                                                                                                                       | Porto las prendas institucionales establecidas en el manual de imagen del CRUE el carné institucional y la tarjeta de identificación de misión médica en lugar visible conforme a la Resolución de .                                                                                                                       | PROTOCOLES INSTITUCIONALES - BUEN MANEJO DE LOS EMBLEMAS Y PRENDAS DE LA INSTITUCION                                                                                                                               |
| 15. Asistir y participar en las jornadas de inducción capacitación reuniones o eventos convocados por la Subred o el CRUE.                                                                                                                                                                                                      | Asisto y participo en las jornadas de inducción capacitación reuniones o eventos convocados por la Subred o el CRUE.                                                                                                                                                                                                       | CUANDO SE REQUIEREN                                                                                                                                                                                                |
| 16. Participar en la atención de emergencias y en el cubrimiento de eventos especiales tales como visitas oficiales atención de altos dignatarios y demás actividades que sean solicitadas por la supervisión del convenio realizando el diligenciamiento correspondiente en el sistema de información habilitado para tal fin. | Participo en la atención de emergencias y en el cubrimiento de eventos especiales tales como visitas oficiales atención de altos dignatarios y demás actividades que sean solicitadas por la supervisión del convenio realizando el diligenciamiento correspondiente en el sistema de información habilitado para tal fin. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - PROGRAMACION ESTABLECIDA POR EL PERODO ESTABLECIDO POR EL LIDER O SUPERVISOR DEL CONVENIO                                                                                             |
| 17. Solicitar y adjuntar los soportes necesarios para la autorización y facturación de traslados y valoraciones cargándolos correctamente en el aplicativo o medio físico correspondiente. Realizar el cierre oportuno de las historias clínicas y demás registros evitando glosas o negaciones de pago por parte de las EPS.   | Solicito y adjunto los soportes necesarios para la autorización y facturación de traslados y valoraciones cargándolos correctamente en el aplicativo o medio físico correspondiente. Realizar el cierre oportuno de las historias clínicas y demás registros evitando glosas o negaciones de pago por parte de las EPS.    | SOPORTES FISICOS O MAGNETICOS SEGÚN EL CASO LO AMERITE Y EN CUMPLIMIENTO DEL MISMO - REGISTRO OPORTUNO EN EL SISTEMA DE INFORMACION ADMINISTRATIVA CON NOTIFICACION AL AREA ENCARGADA - PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 18. Atender oportunamente los requerimientos derivados de PQRS novedades administrativas o asistenciales así como las auditorías efectuadas por entes de control presentando los soportes necesarios.                                                                                                                           | Atendiere oportunamente los requerimientos derivados de PQRS novedades administrativas o asistenciales así como las auditorías efectuadas por entes de control presentando los soportes necesarios.                                                                                                                        | SOPORTES FISICOS O MAGNETICOS SEGÚN EL CASO LO AMERITE Y EN CUMPLIMIENTO DEL MISMO                                                                                                                                 |
| 19. Notificar los eventos de interés en salud pública implementando los protocolos definidos para tal fin cuando aplique al objeto del contrato.                                                                                                                                                                                | Notifico los eventos de interés en salud pública implementando los protocolos definidos para tal fin cuando aplique al objeto del contrato.                                                                                                                                                                                | CUANDO SE REQUIEREN                                                                                                                                                                                                |
| 20. Adoptar y aplicar los procesos procedimientos guías instructivos y protocolos institucionales requeridos para el adecuado desarrollo de las actividades contratadas.                                                                                                                                                        | Adopto y aplico los procesos procedimientos guías instructivos y protocolos institucionales requeridos para el adecuado desarrollo de las actividades contratadas.                                                                                                                                                         | SOPORTES FISICOS O MAGNETICOS SEGÚN EL CASO LO AMERITE Y EN CUMPLIMIENTO DEL MISMO                                                                                                                                 |
| 21. Responder oportunamente a los despachos o llamados generados por el CRUE en los tiempos y condiciones operativas establecidas.                                                                                                                                                                                              | Respondo oportunamente a los despachos o llamados generados por el CRUE en los tiempos y condiciones operativas establecidas.                                                                                                                                                                                              | PROTOCOLOS INSTITUCIONES PARA EL MANEJO CON RESPETO, SERIEDAD Y OPORTUNO AL MEDIO DE COMUNICACIÓN DADO PARA EL TURNO (RADIO DE COMUNICACIONES - CELULAR)                                                           |
| 22. Mantener vigente los cursos exigidos según anexo técnico de perfiles del talento humano del convenio de atención Pre Hospitalaria.                                                                                                                                                                                          | Mantengo vigente los cursos exigidos según anexo técnico de perfiles del talento humano del convenio de atención Pre Hospitalaria.                                                                                                                                                                                         | SURESOC (CERTIFICADOS) / SOPORTES FISICOS O MAGNETICOS SEGÚN EL CASO LO AMERITE Y EN CUMPLIMIENTO DEL MISMO                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                 |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato y las necesidades del servicio en cualquiera de las ambulancias básicas o medicalizadas de la Subred. | Realizo las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato y las necesidades del servicio en cualquiera de las ambulancias básicas o medicalizadas de la Subred. | CUANDO SE REQUIEREN |
| <p>Angie Paola Buitrago Colorado<br/>1013667933<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                 |                     |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>                                                                          |                                                                                                                                                                                                 |                     |
| <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                         |                                                                                                                                                                                                 |                     |

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

PAGADO 12/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                        |                    |                  |
|---------------------|------------------------|--------------------|------------------|
| Razón Social        | JUAN DAVID MORENO PENA |                    |                  |
| Documento           | CC1022943530           | Dirección          | CL 77 #73 B - 16 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE          | Teléfono           | 3053872912       |
| Tipo Persona        | NATURAL                | Forma Presentación | ÚNICO            |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.            | Departamento       | BOGOTA D.C.      |
| Representante Legal |                        | Identificación     |                  |
| Total Afiliados     | 1                      | ARP                | NINGUNA ARP      |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                        |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |          |          | Riesgos  |          |                    | Cajas        |                |                      | Parafiscales |              |        |             | Total          |                      |          |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|----------|----------|----------|----------|--------------------|--------------|----------------|----------------------|--------------|--------------|--------|-------------|----------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres    | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | USP | COR | USI | IGE | LMA | VAC       | VAP | VCT | IRP   | Días ARP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora     | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora       | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora       | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 1022943530      | JUAN DAVID MORENO PEÑA | 03             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     | 0     | 30       | 30       | 0        | 0        | (231001) COLFONDOS | \$ 1.423.500 | \$ 227.800     | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 1.423.500 | \$ 178.000   | 0,000  | \$ 0        | \$ 0           | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 405.800 |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 0        | \$ 0      | \$ 227.800      | \$ 178.000    | \$ 0            | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 405.800                     | \$ 600                  | \$ 406.400  |



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 | 1022943530  |
| NOMBRES                  | JUAN DAVID  |
| APELLIDOS                | MORENO PEÑA |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**    |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO                | BOGOTA D.C. |

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                   | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-------------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 05/07/2022                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                     |                     |                     |                |
|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| Fecha de Impresión: | 11/28/2025 07:23:33 | 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                  | 1022943530            | MORENO          | PEÑA             | JUAN          | DAVID          | 2022-06                   | Famisanar | COTIZANTE       |
| CC                  | 1022943530            | MORENO          | PEÑA             | JUAN          | DAVID          | 2025-10                   | Sanitas   | COTIZANTE       |
| CC                  | 1022943530            | MORENO          | PEÑA             | JUAN          | DAVID          | 2024-10                   | Sanitas   | BENEFICIARIO    |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas | 10/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2025              | 29               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2024              | 20               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2024              | 1                | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2024              | 1                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2024              | 29               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2024              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2024              | 0                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2024              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas   | 06/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas   | 05/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas   | 04/2023              | 22               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas   | 03/2023              | 1                | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas   | 02/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas   | 01/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas   | 12/2022              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas   | 11/2022              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas   | 10/2022              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas   | 09/2022              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas   | 08/2022              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas   | 07/2022              | 26               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2022              | 29               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 05/2022              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 04/2022              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 03/2022              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 02/2022              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 11/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 10/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 09/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 08/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 07/2021              | 29               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Famisanar | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2020              | 29               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Famisanar | 06/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2019              | 12               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2017              | 21               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Famisanar | 09/2017              | 18               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2017              | 26               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2017              | 20               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2017              | 24               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2015              | 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*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Famisanar | 12/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2013              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2013              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2013              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2012              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2012              | 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.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

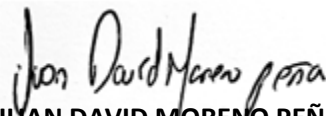
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JUAN DAVID MORENO PEÑA**

**C.C 1.022.943.530 DE BOGOTA D.C.**

La suma de **(\$1.674.450.00)** pesos m/cte, por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o asistencial en el área de **ATENCION PREHOSPITALARIA** de la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E** como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, durante el periodo del **01 al 30 de Noviembre de 2025**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. **7292 - 2025**.



**JUAN DAVID MORENO PEÑA**

**C.C 1.022.943.530 DE BOGOTA D.C.**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0550488433489942**