Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA YURLEI VARGAS JIMENEZ							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030551680		
CORREO ELECTRONICO:	VARGASANITA321@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3215708948		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D RADIOLÓGICA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10L02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	587154824				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	1567			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2295	FECHA	2025-11-21 15:51:57.000	NÚMERO DE CRP	52698	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-12-01		2025-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,547,828				
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:	$27,190,530
VALOR EJECUTADO	$27,190,530
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,547,828
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
9495666748	$1,052,006	$131,501	$168,321	5	$25,627	$325,449

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

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
Supervisor

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

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

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
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 y el formato de radiologia	En el aplicativo dinamica realízar 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 ATRYS .
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.	Reporto todo evento de suceso de seguridad del 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	Aplicativo almera. (mesa de ayuda), libros de entraga 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 atrys
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 establecidas para la ejecucion del mismo.	Estudios de imagenes diagnosticas. Cumpliamiendo las normas obligatorio del sistema obligarotio 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 elo 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, avantage 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 y certificado del secop II	Planilla de aportes y secop II
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.

Copia Cert Pago Subred Suroccidente

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
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

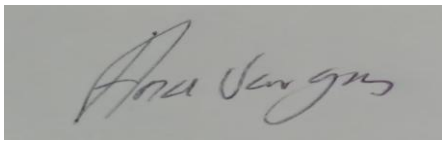
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANA YURLEI VARGAS JIMENEZ

C.C. . 1.030.551.680 DE Bogotá

Dos millones quinientos cuarenta y siete mil ochocientos veintiocho ($ 2.547.828) Pesos M/cte., por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Imagenología dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al Requerimiento institucional, como TECNOLOGO EN RX durante el periodo 1 de DICIEMBRE al 31 de DICIEMBRE de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No : 1567-2025**



ANA YURLEI VARGAS JIMENEZ
C.C. **1.030.551.680** DE Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA
NUMERO 587154824
Cel.: 3215708948

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030551680		VARGAS JIMENEZ ANA YURLEI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 88 C bis 40 72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1000001339	9495666748	I	2025/12/18	2025/12/09	BANCO DE BOGOTA	0	$405,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1030551680	VARGAS ANA	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030551680		VARGAS JIMENEZ ANA YURLEI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 88 C bis 40 72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1000001339	9495666748	I	2025/12/18	2025/12/09	BANCO DE BOGOTA	0	$405,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$405,800	$0	$0	$405,800

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA YURLEI VARGAS JIMENEZ							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030551680		
CORREO ELECTRONICO:	VARGASANITA321@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3215708948		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D RADIOLÓGICA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10L02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	587154824					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1567			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2295	FECHA	2025-11-21 15:51:57.000	NÚMERO DE CRP	52698	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNOLOGO EN RADIOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-11-01		2025-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,630,016				
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:	$27,190,530
VALOR EJECUTADO	$24,642,703
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,630,016
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,547,827
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	91%

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
9494087636	$1,019,131	$127,391	$163,061	5	$24,826	$315,278

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
Supervisor

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

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

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
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 y el formato de radiologia	En el aplicativo dinamica realízar 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 ATRYS .
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.	Reporto todo evento de suceso de seguridad del 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	Aplicativo almera. (mesa de ayuda), libros de entraga 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 atrys
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 establecidas para la ejecucion del mismo.	Estudios de imagenes diagnosticas. Cumpliamiendo las normas obligatorio del sistema obligarotio 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 elo 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, avantage 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 y certificado del secop II	Planilla de aportes y secop II
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.

Copia Cert Pago Subred Suroccidente

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO JULIO 2025.pdf	CUENTA COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta de Cobro SECOP II.pdf (Archivado)	Cuenta de Cobro SECOP II.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	CUENTA COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1030551680	VARGAS	JIMENEZ	ANA	YURLEI	2025-11	Famisanar	COTIZANTE
CC	1030551680	VARGAS	JIMENEZ	ANA	YURLEI	2022-07	Famisanar	BENEFICIARIO

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Famisanar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	04/2024	23	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	11/2023	8	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	05/2023	2	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Famisanar	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización

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

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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Famisanar	05/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	04/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	03/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	02/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	01/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	12/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	11/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	10/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	09/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	08/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	07/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	06/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	05/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	04/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	03/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	02/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	01/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	12/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	11/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	10/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	09/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	08/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	07/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	06/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	05/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	04/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	03/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	02/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	01/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	12/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	11/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	10/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	09/2014	30	BENEFICIARIO	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	08/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	07/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	06/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	05/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	04/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	03/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	02/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	01/2014	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	12/2013	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Famisanar	11/2013	30	BENEFICIARIO	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.