| 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: | GABRIEL FELIPE FAJARDO RAMIREZ | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1000158980 | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | FISIOGABRIEL29@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3053648486 | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10B03 | 10 | KE10I06 | 40 | KE10I09-1 | 10 | KE10I20 | 20 | KE10J02 | 20 | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 179002214 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4754 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2308 | FECHA | 2025-11-26 15:54:20.000 | NÚMERO DE CRP | 51699 | FECHA | 2025-11-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | FISIOTERAPEUTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-12-01 | | 2025-12-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,836,436 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $22,894,860 |
| VALOR EJECUTADO | $22,894,860 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,836,436 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8639106119 | $1,534,574 | $191,822 | $245,532 | 3 | $37,382 | $474,736 |

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

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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 |
|---|---|---|
| 1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Respuesta de interconsultas y atenciones derivadas de la solicitud de procedimientos ordenados por el medico y servicio tratante |
| 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio | Ejecuto el plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio | 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio Ejecuto el plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio Despues de valoracion inicial se registra recomendaciones y/o el plan de manejo individual hospitalario del paciente de acuerdo a su patologia en la historia clínica. |
| 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes Se realiza de forma cronologica y evolutiva la historia clinica del paciente de acuerdo a los formatos establecidos en el sistema Dinamica Gerencial |
| 4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado | Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado | Se deja registro en formato de censo, revisión de ordenes e interconsultas de pacientes nuevos y de las acciones tomadas en la revista medica o recomendaciones médicasy los ajustes entregados al plan de intervencion terapeutica |
| 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso | Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso | 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso Se registra en la historia clinica la información al paciente y/o cuidador relacionado con la patologia del paciente, educación y plan casero |
| 6) Llevar registro de la atención de las 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 el registro de la atención de las 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 el registro de la atención de las 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 Registro en censos de entrega y recibo de pacientes actualizando los mismos en cada una de las actividades desarrolladas o pendiente durante el tiempo de estancia en la institucion |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. | 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. Participo en la programación de las actividades de la Subred. Entrego registro fotografico de la participacion en el Encuentro de aprendizaje Continuo mes de _____ y del asegurate del mes tema " ENCUENTRO DE APRENDIZAJE CONTINUO REHABILITACION MES NOVIEMBRE " (pantallazo con evidencia del nombre del colaborador y fecha del encuentro) | Entrego registro fotografico de la participacion en el Encuentro de aprendizaje Continuo mes de _____ y del asegurate del mes tema "EAC DICIEMBRE REHABILITACION " (pantallazo con evidencia del nombre del colaborador y fecha del encuentro) |
| 8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | No aplica. |
| 9) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora | Reporte de eventos de seguridad presentados durante la atención de los pacientes. |
| 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Realizo apoyo con el personal interdisciplinario reportando las recomendaciones y cuidados que por su patología requiera el paciente |
| 11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligenciamiento completo de censos de acuerdo a los formatos y encabezados normalizados , firmas de quien entrega y recibe el servicio, realizo diligenciamiento de las histoiras clinicas en Dinámica |
| 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE | Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE |
| 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente. |
| 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Realizo aportes en el proceso de creación, actualizacion y/o socializacion de guias, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitacion. |
| 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. | Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. | "Registro de informe de novedades de equipos biomedicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologias y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atencion" |
| 16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | 16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. "Diligenciamiento adecuado de Historia Clinica Registro de atenciones e ingresos Diarios " | "Diligenciamiento adecuado de Historia Clinica Registro de atenciones e ingresos Diarios " |
| 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | No aplica. |
| 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | No aplica. | No aplica. |
| 19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | Atencion a visitas de habilitacion a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitacion |
| 20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros dias del mes, de acuerdo al servicio de atencion a la Referencia de Rehabilitación para la consolidacion en el sistema de informacion. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 21) 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 elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Revision de inventarios y equipos biomedicos del servicio durante el desarrollo de las acividades y durante la entrega de turno |
| 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Entrego pantallazo de la participacion del Encuentro de Aprendizaje Continuo mes de DICIEMBRE |
| 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo |
| 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entrego Soporte de pago de Seguridad Social mes de DICIEMBRE |
| 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Recibir la asignacion de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades |

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1000158980 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Período pensión:** | 2025-11 | 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | 0 | 248.000 | 0 | 248.000 |
| **Período salud:** | 2025-11 | EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | 0 | 193.800 | 0 | 193.800 |
| **Planilla Nro.:** | 8639106119 Tipo I | 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | 0 | 37.800 | 0 | 37.800 |
| **Clase de aportante:** | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Fecha transacción:** | 2025-12-17 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Banco:** | AV VILLAS | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Transacción:** | | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | **GRAN TOTAL** | | | | | $ 479.600 |

PAGADO

**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 | 1000158980 | FAJARDO | RAMIREZ | GABRIEL | FELIPE | 2025-10 | Sanitas | COTIZANTE |
| CC | 1000158980 | FAJARDO | RAMIREZ | GABRIEL | FELIPE | 2024-06 | 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 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2024 | 27 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2024 | 30 | BENEFICIARIO | 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 |

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

| 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 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2023 | 30 | 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 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2020 | 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* |
|---|---|---|---|---|
| Sanitas | 09/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2019 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2019 | 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.

Medellín, 18 de diciembre de 2025

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

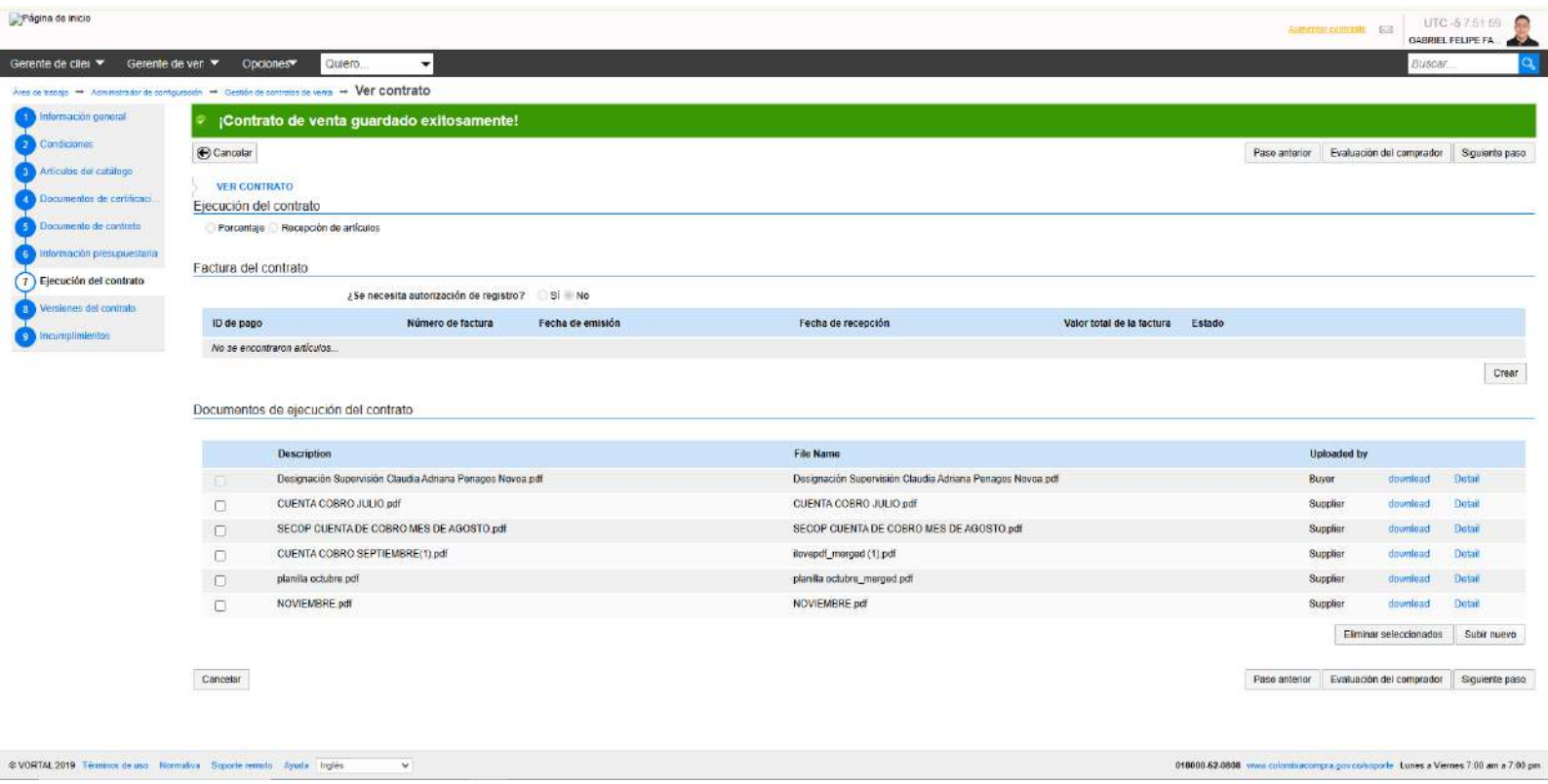
Que GABRIEL FELIPE FAJARDO RAMIREZ identificado(a) con C1000158980 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10001589802535227776

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18


Página de inicio
Aumentar contraste
UTC -5 7:51:59
GABRIEL FELIPE FA...
Gerente de clien
Gerente de ver
Opciones
Quiero...
Buscar...
Área de trabajo → Administrador de configuración → Gestión de contratos de venta → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Artículos del catálogo
4 Documentos de certificaci...
5 Documento de contrato
6 Información presupuestaria
7 Ejecución del contrato
8 Versiones del contrato
9 Incumplimientos
¡Contrato de venta guardado exitosamente!
Cancelar
Paso anterior
Evaluación del comprador
Siguiente paso
VER CONTRATO
Ejecución del contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Factura del contrato
¿Se necesita autorización de registro?
Sí
No
ID de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No se encontraron artículos...
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Description
File Name
Uploaded by
Designación Supervisión Claudia Adriana Penagos Novoa.pdf
Designación Supervisión Claudia Adriana Penagos Novoa.pdf
Buyer
download
Detail
CUENTA COBRO JULIO.pdf
CUENTA COBRO JULIO.pdf
Supplier
download
Detail
SECOP CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO.pdf
SECOP CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO.pdf
Supplier
download
Detail
CUENTA COBRO SEPTIEMBRE(1).pdf
ilovepdf_merged (1).pdf
Supplier
download
Detail
planilla octubre.pdf
planilla octubre_merged.pdf
Supplier
download
Detail
NOVIEMBRE.pdf
NOVIEMBRE.pdf
Supplier
download
Detail
Eliminar seleccionados
Subir nuevo
Cancelar
Paso anterior
Evaluación del comprador
Siguiente paso
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte remoto
Ayuda
Inglés
018000.52.0808
www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

8:13
◄ Gmail
5G 73
e.almeraim.com

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

CAPACITACIÓN EN GUÍA PARA APOYO EMOCIONAL Y ESPIRITUAL 2025

SELECCIONAR

POST TEST >

FECHA:

2025-12-10 (Hoy)

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

GABRIEL FELIPE FAJARDO RAMÍREZ

TIPO DOCUMENTO:

CC >

NUMERO DE DOCUMENTO

1000158980

17

8:13
◄ Gmail
5G 73
e.almeraim.com

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

# CAPACITACIÓN EN GUÍA PARA APOYO EMOCIONAL Y ESPIRITUAL 2025

SELECCIONAR

PRE TEST >

FECHA:

2025-12-10 (Hoy)

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

GABRIEL FELIPE FAJARDO RAMÍREZ

TIPO DOCUMENTO:

CC >

NUMERO DE DOCUMENTO

1000158980

17

8:33
◀ WhatsApp
5G 67

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

CAPACITACIÓN USUARIO PROTEGIDO

SELECCIONAR

POST TEST >

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

GABRIEL FELIPE FAJARDO RAMIREZ

NÚMERO DE DOCUMENTO

1000158980

UNIDAD DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES:

Hospital Occidente de Kennedy >

PERFIL:

Terapia física >

FECHA:

e.almeraim.com

9:42
◀ WhatsApp
5G 55

# PRESTEST EAC DICIEMBRE REHABILITACION

Se registró tu respuesta

Ver puntuación

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Contactar con el propietario del formulario - Términos del Servicio - Política de Privacidad

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

Google Formularios

docs.google.com

9:42
◀ WhatsApp
5G 55

# PRESTEST EAC DICIEMBRE REHABILITACION

Puntos totales 14/20

Correo *

fisiogabriel29@gmail.com

PRETEST

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS *

GABRIEL FELIPE FAJARDO RAMÍREZ

PERFIL *

docs.google.com

12:10
◀ WhatsApp
5G 69

# SOCIALIZACION INSTRUCTIVO RONDA ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINARIA PARA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

**gabriel25fajardo@gmail.com**
Cambiar de cuenta

No compartido

Borrador guardado

* Indica que la pregunta es obligatoria

Nombre completo * 0 puntos

GABRIEL FELIPE FAJARDO RAMÍREZ

Número de documento

1000158980

docs.google.com

8:31
◀ WhatsApp
5G 68

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

CAPACITACIÓN USUARIO PROTEGIDO

SELECCIONAR

PRE TEST >

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

GABRIEL FELIPE FAJARDO RAMÍREZ

NÚMERO DE DOCUMENTO

1000158980

UNIDAD DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES:

Hospital Occidente de Kennedy >

PERFIL:

Terapia física >

FECHA:

e.almeraim.com