

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JESUS ERNESTO NUÑO GAITAN					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1030596802		
CORREO ELECTRONICO:	Jesus.gaitan17@gmail.com			CELULAR:	3194021381		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		EXTENSION HOSPITALARIA EN CASA USS OCCIDENTE DE KENNEDY		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10I18	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488418334576			PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO		1790		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	1590	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA - MOTORIZADO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2026-01-01			2026-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,619,760			
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:	\$30,937,416
VALOR EJECUTADO	\$30,046,548
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,619,760
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$890,868
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
92463171	\$1,004,251	\$125,531	\$160,680	4	\$24,464	\$310,675

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. 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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1)Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, conforme a lo establecido en el Programa de Atención Hospitalaria en Casa.	Cumplo a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, conforme a lo establecido en el Programa de Atención Hospitalaria en Casa.	Cumplimiento de la concertación de actividades mes en curso
2)Atención de los pacientes asignados según la Ruta establecida en el Programa de Atención Hospitalaria en Casa incluyendo el desplazamiento al sitio en el cual se encuentra cada uno de los pacientes.	Atiendo los pacientes asignados según la Ruta establecida en el Programa de Atención Hospitalaria en Casa incluyendo el desplazamiento al sitio en el cual se encuentra cada uno de los pacientes.	Enrutamiento y atención de pacientes entregados por coordinador del programa
3) Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería	Se realiza recibo y entrega de turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas, proporcionando al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería	Se realiza entrega de pacientes en área de PHD, entregando novedades, cambios de venopunciones, traslados de pacientes a área hospitalaria entre otros.
4)Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	"Se realiza y registra cambio de venopunciones. Registro de escalas de riesgo."
5)Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	"Se entrega registro de los cambios de venopunciones (registro fotográfico adjunto pdf). Se informa a coordinador del programa los cambios que presente el paciente dejando registro en historia clínica en dinámica web"
6)Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención.	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención.	Se reportan dificultades y otros hallazgos clínicos del paciente al coordinador y supervisor del programa
7)Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	Asesoro sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	Se informa al paciente y/o cuidador los cuidados y plan de enfermería a llevar a cabo, dejando registro en historia clínica en dinámica web
8)Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.	"Uso adecuado de Elementos de protección personal Realizo adecuada segregación de residuos de acuerdo a las políticas institucionales"
9)Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	"Realizo socialización de deberes y derechos institucionales, dejando registro en historia clínica Trato humanizado durante la atención"
10)Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.	Dejo registro de los cambios de venopunciones en aplicativo dinámica y envío soporte fotográfico de los mismos
11)Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	Realizo entrega de censo de atención de pacientes de acuerdo a la ruta diaria entregada
12)Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	"Trato humanizado Adherencia a guías, protocolos y procedimientos institucionales"
13)Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Entrego de manera diaria atenciones de pacientes para censo mensual de actividades de la coordinación
14)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.	Se realiza revisión diaria de inventarios (oxímetros, glucometros, fonendoscopios, tensiometros) que hacen parte del programa
15)Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	"Inducción en puesto de trabajo Encuentro de aprendizaje continuo auxiliares de enfermería mes de _____ y Asegurate mes de _____ tema _____"
16)Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Reporte de falta de insumos y falla en los dispositivos, en eventos de seguridad

17) 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.	Realizo revisión de los procedimientos y protocolos de venopunción
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Asignación de actividades de acuerdo a las obligaciones contractuales
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Dejo registros de enfermería en aplicativo dinámica web de acuerdo a los planes de cuidado, identificación del riesgo y cuidado y cambio de accesos venosos.
20) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entro la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego pago de seguridad social mes de correspondiente

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

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

**DEBE A:**

**JESUS ERNESTO ÑUNGO GAITAN**  
C.C. 1030596802 de BOGOTA D.C

La suma de \$1.619.760 (**UN MILLON SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA pesos MCTE**) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de atención domiciliaria, 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 **Auxiliar de enfermería motorizado**; en el Hospital Occidente de Kennedy en el **Programa de Hospitalización Domiciliaria.**

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de ENERO de E 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 1790-2025.**



**JESUS ERNESTO ÑUNGO GAITAN**  
C.C. 1030596802 de BOGOTA D.C  
Cel: 3194021381  
CUENTA DE AHORROS # 0550488418334576  
Banco Davivienda

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030596802	JESUS ERNESTO ÑUNGO GAITAN		cll 42 b #80d17 sur	4038388	jesus.gaitan17@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	19/01/2026	92463171	\$444.400	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	14	1.600	0	179.600	1

### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	14	2.000	0	229.800	1

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	14	300	35.000			347	35.000	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	14	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	14	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	179.600
Pensión	1	227.800	229.800
Riesgos Laborales	1	34.700	35.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>444.400</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030596802	JESUS ERNESTO ÑUNGO GAITAN		cll 42 b #80d17 sur	4038388	jesus.gaitan17@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	19/01/2026	92463171	\$444.400		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CDR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1030596802	ÑUNGO GAITAN JESUS ERNESTO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

Medellín, 27 de enero de 2026

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

**CERTIFICA:**

Que JESUS ERNESTO ÑUNGO GAITAN identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030596802 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 01/09/2024

**Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC. CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000004 - RIESGO IV

**CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4.35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

4492102 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE EL TRANSPORTE TERRESTRE DE SERVICIOS ESPECIALES DE PASAJEROS POR CARRETERA COMO: TURISMO, SERVICIOS DE VIAJES CONTRATADOS, EXCURSIONES, TRANSPORTE DE TRABAJADORES (ACTIVIDADES DE ASALARIADOS), TRANSPORTE ESCOLAR

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

4492102 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE EL TRANSPORTE TERRESTRE DE SERVICIOS ESPECIALES DE PASAJEROS POR CARRETERA COMO: TURISMO, SERVICIOS DE VIAJES CONTRATADOS, EXCURSIONES, TRANSPORTE DE TRABAJADORES (ACTIVIDADES DE ASALARIADOS), TRANSPORTE ESCOLAR

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4492102

**CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4.35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

C798251152602746079

**Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

27/01/2026 12.47 PM



## 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	1030596802
NOMBRES	JESUS ERNESTO
APELLIDOS	ÑUNGO GAITAN
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	18/07/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 01/28/2026 04:31:43 | Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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



**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	1030596802	ÑUNGO	GAITAN	JESUS	ERNESTO	2020-06	Salud Total	COTIZANTE
CC	1030596802	ÑUNGO	GAITAN	JESUS	ERNESTO	2025-11	Sanitas	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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	8	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	05/2024	29	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2024	21	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2023	10	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2023	17	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización



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

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



Asegurate mes de  
enero 2026 "  
BUZÓN DE  
SEGURIDAD DEL  
PACIENTE" – "TU  
VOZ PROTEGE"

Thanks for submitting your contact info!

[Modificar tu respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. -  
[Comunicarse con el propietario del formulario](#) -  
[Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

Google Formularios





Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud

**Sur Occidente E.S.E.**

## BUZÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – “TU VOZ PROTEGE”

*¡Recuerda que cada aporte que hagas nos ayuda a identificar oportunidades de mejora y a construir juntos un entorno más seguro para nuestros pacientes y para el trabajo en equipo!*

Aceptar

Pregunta requerida

Turno:



Pregunta requerida

Perfil: