

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |    |                                                           |    |                         |                 |               |  |                                  |          |                                                                                     |  |                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|----|-----------------------------------------------------------|----|-------------------------|-----------------|---------------|--|----------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                   |    |                                                           |    |                         |                 |               |  | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |    | claudia esperanza ojeda gomez                             |    |                         |                 |               |  |                                  |          |                                                                                     |  |                         |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |    | C.C                                                       | X  | C.E                     | No.             |               |  |                                  | 52109673 |                                                                                     |  |                         |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                   |    | ojeda474gomez@yahoo.es                                    |    |                         |                 | CELULAR:      |  |                                  |          | 7207402                                                                             |  |                         |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |    |                                                           |    |                         |                 |               |  | SUBRED                           |          |                                                                                     |  |                         |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |    | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY |    |                         |                 | SEDE:         |  |                                  |          | SUBRED                                                                              |  |                         |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo   | %  | Centro de costo                                           | %  | Centro de costo         | %               |               |  |                                  |          |                                                                                     |  |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | KE10I06           | 80 | KE10I09-2                                                 | 10 | KE10I02                 | 10              |               |  |                                  |          |                                                                                     |  |                         |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCOLOMBIA S.A   |    |                                                           |    |                         | TIPO DE CUENTA: |               |  |                                  | AHORRO   |                                                                                     |  |                         |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |    | 67377945368                                               |    |                         |                 |               |  | PENSIONADO                       |          | NO                                                                                  |  |                         |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                   |    |                                                           |    |                         |                 |               |  |                                  |          |                                                                                     |  |                         |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |    | 2848                                                      |    |                         |                 | VIGENCIA      |  |                                  |          | 2025                                                                                |  |                         |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 248               |    | FECHA                                                     |    | 2026-01-09 00:00:00.000 |                 | NÚMERO DE CRP |  | 2893                             |          | FECHA                                                                               |  | 2026-01-09 00:00:00.000 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                   |    | TERAPEUTA RESPIRATORIA                                    |    |                         |                 |               |  |                                  |          |                                                                                     |  |                         |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                   |    | DESDE                                                     |    | FECHA INICIAL           |                 | HASTA         |  | FECHA FINAL                      |          |                                                                                     |  |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |    |                                                           |    | 2026-01-01              |                 |               |  | 2026-01-31                       |          |                                                                                     |  |                         |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |    |                                                           |    |                         |                 |               |  | \$47,398,548                     |          |                                                                                     |  |                         |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |    |                                                           |    |                         |                 |               |  | \$47,398,548                     |          |                                                                                     |  |                         |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                   |    |                                                           |    |                         |                 |               |  | \$3,836,436                      |          |                                                                                     |  |                         |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |    |                                                           |    |                         |                 |               |  | \$0                              |          |                                                                                     |  |                         |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |    |                                                           |    |                         |                 |               |  | \$0                              |          |                                                                                     |  |                         |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |    |                                                           |    |                         |                 |               |  | 100%                             |          |                                                                                     |  |                         |  |
| El intervisor 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                                                                       |  |                         |  |
| 92647090                                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$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 Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |  |                   |    |                                                           |    |                         |                 |               |  |                                  |          |                                                                                     |  |                         |  |
| CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA<br>52055407<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) 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                               | 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                                                                                                                                             | 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 medicasy 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                                                         | 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                                   |
| 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 | 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 institución                                                |
| 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred.                                                                                                                                                                                          | Participo en la programación de las actividades de la Subred.                                                                                                                                                                                             | Entrego registro fotográfico de la participación en la Reunión de rehabilitación (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 definidas para el servicio.                                                                       | 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 patologia 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 historias clinicas en Dinamica                             |
| 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                                                                                                                  |
| 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 tecnologías 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.                                                              | Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.                                                             | Diligenciamiento adecuado de Historia Clínica 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 |
| 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 actividades 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 participación de LA REUNION DE REHABILITACION mes de ENERO                                                                                                                                                                                        |
| 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 asignación de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades de los servicios de rehabilitacion                                                                                                                                                       |

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 01/12  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**CLAUDIA ESPERANZA OJEDA GOMEZ**  
C.C. 52.109.673 de BOGOTA

La suma de \$ **(3.836.436 TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, 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 **TERAPEUTA RESPIRATORIO**; en el Hospital Occidente de Kennedy en el área de **HOSPITALIZACION**. De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de Enero de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 28482025**



**CLAUDIA ESPERANZA OJEDA GOMEZ**  
C.C. 52.109.673 de BOGOTA Cel:  
3202432955

**CUENTA DE AHORROS # 67377945368 Banco**  
**BANCOLOMBIA**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** CLAUDIA ESPERANZA OJEDA GOMEZ  
**No. Identificación:** CC52109673  
**Dirección:** CARRERA 40 A N 28 90 SUR  
**Telefono:** 3202432955  
**Correo:** ojeda474gomez@yahoo.es  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 92647090

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Nombre Aportante                | CLAUDIA ESPERANZA OJEDA GOMEZ |
| Tipo y número de identificación | CC52109673                    |
| Número de planilla              | 92647090                      |
| Fecha pago                      | 2026-01-23                    |
| Número de autorización pago     | 2141836                       |
| Banco                           | 1083                          |

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| Número de Empleados           | 1                 |
| Periodo de Cotización Salud   | diciembre de 2025 |
| Periodo de Cotización Pensión | diciembre de 2025 |
| Número de Administradoras     | 4                 |
| Total Pagado                  | 511700            |
| Total Intereses de Mora       | 1100              |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE                                                | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-------------------------------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA                                              | 37900        | 1                   |
| 25-14                 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 248500       | 1                   |
| CCF24                 | Compensar Caja de Compensacion Fliar                  | 31100        | 1                   |
| EPS005                | Sanitas EPS                                           | 194200       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 52109673  
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA ESPERANZA OJEDA GOMEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS005   | 25-14    | 1550000   | 1550000     | 1550000     | 1550000   | 193800           | 0         | 248000             | 0                                | 37800              | 31000        |

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---------------------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|-----------|-----------------|
| CC                  | 52109673            | OJEDA           | GOMEZ            | CLAUDIA       | ESPERANZA      | 2013-12                   | Nueva Eps | COTIZANTE       |
| CC                  | 52109673            | OJEDA           | GOMEZ            | CLAUDIA       | ESPERANZA      | 2025-12                   | Sanitas   | COTIZANTE       |

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN *       |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas   | 12/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| 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 |

12345678910...

145 Registros en 15 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ADRES

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



Sede principal:

Centro Empresarial Elemento

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16

Código Postal 111071, Bogotá, D.C.

Línea fija en Bogotá 601 7450924, horario de Atención: De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Línea de atención telefónica Bogotá PBX +57 601 432 27 60

Horarios de Atención:

Radicación de correspondencia y atención presencial: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Correo electrónico [correspondencia1@adres.gov.co](mailto:correspondencia1@adres.gov.co) y [correspondencia2@adres.gov.co](mailto:correspondencia2@adres.gov.co)

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 423 737 Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Si necesita radicar una petición, puede realizarla vía correo electrónico a [correspondencia1@adres.gov.co](mailto:correspondencia1@adres.gov.co) y [correspondencia2@adres.gov.co](mailto:correspondencia2@adres.gov.co) o a través del siguiente enlace: <https://www.adres.gov.co/portal-del-ciudadano/pgrsd>

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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 |           |         |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|---------|
| <input type="checkbox"/> | CERT CUMPLIMIENTO DE CONTRATO+CERT ACTIVIDADES+PLANILLA+ADRES+EQUIVALENTE+ PANTALLAZO SECOP CLAUDIA OJEDA FEBRERO 2025.pdf | CERT CUMPLIMIENTO DE CONTRATO+CERT ACTIVIDADES+PLANILLA+ADRES+EQUIVALENTE+ PANTALLAZO SECOP CLAUDIA OJEDA FEBRERO 2025.pdf | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CERT CUMPLIMIENTO DE CONTRATO+CERT ACTIVIDADES+PLANILLA+ADRES+EQUIVALENTE+ PANTALLAZO SECOP CLAUDIA OJEDA MARZO 2025.pdf   | CERT CUMPLIMIENTO DE CONTRATO+CERT ACTIVIDADES+PLANILLA+ADRES+EQUIVALENTE+ PANTALLAZO SECOP CLAUDIA OJEDA MARZO 2025.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CERT CUMPLIMIENTO DE CONTRATO + CERT ACTIVIDADES+PLANILLA+EQUIVALENTE+ADRES+ PANTALLAZO CLAUDIA OJEDA SECOP ABRIL.pdf      | CERT CUMPLIMIENTO DE CONTRATO + CERT ACTIVIDADES+PLANILLA+EQUIVALENTE+ADRES+ PANTALLAZO CLAUDIA OJEDA SECOP ABRIL.pdf      | Proveedor   | Descargar | Detalle |
|                          | Cuenta de Cobro mayo -abril.pdf (Archivado)                                                                                | Cuenta de Cobro mayo -abril.pdf                                                                                            | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CERTIFICADO DE ACTIVIDADES PLANILLA ABRIL EQUIVALENTA MAYO ADRES ABRIL.pdf         | CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO CERTIFICADO DE ACTIVIDADES PLANILLA ABRIL EQUIVALENTA MAYO ADRES ABRIL.pdf         | Proveedor   | Descargar | Detalle |

Datos guardados

|                          |                                                                                                                                   | Editar                                                                                                                            |                                                     |                                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO<br>CERTIFICADO DE ACTIVIDADES DE JUNIO<br>PLANILLA DE MAYO EQUIVALENTE JUNIO<br>ADRES.pdf | CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO<br>CERTIFICADO DE ACTIVIDADES DE JUNIO<br>PLANILLA DE MAYO EQUIVALENTE JUNIO<br>ADRES.pdf | Proveedor                                           | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO JUNIO DE 2025.pdf                                                                                                 | CUENTA DE COBRO JUNIO DE 2025.pdf                                                                                                 | Proveedor                                           | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO DE 2025.pdf                                                                                                       | CUENTA DE COBRO DE 2025.pdf                                                                                                       | Proveedor                                           | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO AGOSTO DE 2025.pdf                                                                                                | CUENTA DE COBRO AGOSTO DE 2025.pdf                                                                                                | Proveedor                                           | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE DE 2025.pdf                                                                                            | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE DE 2025.pdf                                                                                            | Proveedor                                           | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO OCTUBRE DE 2025.pdf                                                                                               | CUENTA DE COBRO OCTUBRE DE 2025.pdf                                                                                               | Proveedor                                           | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE DE 2025.pdf                                                                                             | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE DE 2025.pdf                                                                                             | Proveedor                                           | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf                                                                                                | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf                                                                                                | Proveedor                                           | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
|                          |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   | <div><div>Borrar</div><div>Cargar nuevo</div></div> |                                                   |

Datos guardados



Medellín, 28 de enero de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

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

Que CLAUDIA ESPERANZA OJEDA GOMEZ identificado(a) con C52109673 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.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C521096732602849355

# POSTEST

## Socialización de evento 345- vigilancia centinela de IRAG

### INUSITADO

Total de puntos **28/28** ?

Correo electrónico \*

ojedagomez98@gmail.com



☒ POSTEST

# POSTEST

## Socialización de evento 345- vigilancia centinela de IRAG

### INUSITADO

ojedagomez98@gmail.com

[Cambiar cuenta](#)



Se guardó el borrador

\* Indica que la pregunta es obligatoria

Correo electrónico \*

ojedagomez98@gmail.com



☒ POSTEST



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

l56m6LEuyH

## **La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.**

***Certifica que:***

CLAUDIA ESPERANZA OJEDA GOMEZ

***Identificado con:***

52109673

***Participó y aprobó***

***El Curso virtual de Gestión de Integridad SISSSO V2  
con una Intensidad de 10 Horas***

*Lorena Colmenares G.*

***Yeimy Lorena Colmenares González  
Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano***

***“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”***

January 10, 2026



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
SALUD



Validez 2 años