| 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: | KAREN LILIANA BELTRÁN FLÓREZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1016058618 | |
| CORREO ELECTRONICO: | karenbeltranflorez@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3246870756 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U C S SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO USS PATIO BONITO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE11V02-P | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 475070021401 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 7194 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 248 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 908 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNOLOGO ADMINISTRATIVO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-02-01 | | 2026-02-28 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,450,822 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | 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: | $24,155,754 |
| VALOR EJECUTADO | $13,803,288 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,450,822 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $10,352,466 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 57% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 41409953 | $1,380,329 | $172,541 | $220,853 | 3 | $33,625 | $427,019 |

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Angie Paola Buitrago Colorado
1013667933
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 Surcidente

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 |
|---|---|---|
| Gestionar y proyectar las respuestas de manera oportuna cumpliendo los términos de ley: para requerimientos internos y externos, respuesta a PQR o derivados de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. | Elaborar informe detallado sobre las PQR recibidas durante el mes, donde incluí las respuestas enviadas y las fechas de cumplimiento de los términos de ley, así como un seguimiento a las novedades administrativas generadas por el CRUE | Informe detallado sobre las PQR recibidas durante el mes, incluyendo fechas de cumplimiento y un seguimiento de novedades administrativas generadas por el CRUE. |
| Generar informes de seguimiento de la operación en cada turno y cumplimiento de la operación de las móviles del programa | Informe semanal documentando la operación de las ambulancias en turnos, donde incluí el número de intervenciones, tiempos de respuesta y cualquier incidencia reportada, y lo presenté al final de cada semana | Informe semanal sobre operaciones de ambulancias documentando el número de intervenciones, tiempos de respuesta e incidencias reportadas |
| Informar al líder novedades presentadas en el turno | Registro diario de las novedades, y reporte inmediato con la líder de la unidad. | Formato estandarizado diario para el registro de novedades, comunicado a mi líder por correo electrónico con decisiones oportunas. |
| Trabajar de manera articulada con el lider y apoyo administrativo a fin de controlar tiempos y la operación | Programación diaria con lider de la unidad, discutiendo tiempos de respuesta y operaciones, registro bajo acta | Actas de reuniones diarias programadas con mi líder y el equipo administrativo para discutir avances en tiempos de respuesta y operaciones |
| Participar en la actualización documental de la Unidad Funcional de APH Suroccidentes | Revisión y actualización de protocolos de la Unidad Funcional de APH suroccidente | Documento de propuesta de actualización de protocolos en la Unidad Funcional de APH Suroccidente |
| Articular las actividades que se deben realizar en compañía de las demás áreas de la Subred integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E, para la correcta ejecución del convenio interadministrativas | Reuniones de planificación, coordinación de acciones específicas, en el marco del convenio interadministrativo, con actas de participación | Actas convocando diferentes áreas para planificar acciones en el marco del convenio interadministra |
| Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Sur Occidente ESEB | Autoevaluación mensual sobre presentación personal, adecuado uso de prendas institucionales | Autoevaluación mensual sobre presentación personal |
| Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad | Bioseguridad, anotación de observaciones, y acciones correctivas cuando sea necesario | Checklist documentado para cumplimiento de normas de bioseguridad, con anotaciones de observaciones y acciones correctivas |
| Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas desde la Dirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE o al interior de la Subred | Participación en capacitaciones, y reuniones programadas desde la Dirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE o al interior de la Subred | Registro de asistencia a capacitaciones sobre aplicativo mi emergencia,y Asegurate, mes de Enero |
| Gestionar temas de seguridad del paciente, análisis de casos | Análisis mensual de casos con incidentes de seguridad del paciente, acciones de mejora, soportar bajo acta | Análisis mensual y actas de incidentes de seguridad del paciente con recomendaciones de mejora presentadas |
| Apoyar el seguimiento a matriz de riesgos, indicadores y planes de mejoramiento | Realizar seguimiento a la matriz de riesgos, indicadores y planes de mejoramiento, dejar evidencia bajo acta | Participación en la planeación de la actualización de la matriz de riesgos |
| Realizar seguimiento a cronograma de actividades, y a los hallazgos previamente reportados | Realizar seguimiento de las actividades programadas, y evidenciar los hallazgos bajo acta. | Informe de hallazgos y ajustes necesarios en actividades programadas |
| Gestionar en coordinación con el CRUE las necesidades de apoyo sea ambulancia, policía, bomberos u otra entidad que sea requerida para la adecuada intervención del paciente. | Documentar todas la solicitudes realizadas al CRUE para el apoyo de ambulancias y otros servicios, incluir tiempos de respuesta obtenidos | Documentación de solicitudes al CRUE para atención de ambulancias y otros servicios, con tiempos de respuesta.ntación de solicitudes al CRUE para atención de ambulancias y otros servicios, con tiempos de respuesta. |
| Apoyar la capacitación del personal en caso de ser requerido | Elaborar auditoria interna e informe detallado de los hallazgos y recomendaciones, dejando soporte bajo acta | Informe de auditoría interna con hallazgos y recomendaciones, incluyendo seguimiento.(soporte Acta) |
| Realizar las auditorias que sean asignadas para la adecuada ejecución del convenio | Elaborar auditoria interna e informe detallado de los hallazgos y recomendaciones, dejando soporte bajo acta | Informe de auditoría interna con hallazgos y recomendaciones, incluyendo seguimiento.(soporte Acta) |
| Apoyar el proceso de verificación de móviles en caso que sea requerido | Elaborar informe de verificación mensual del estado de las unidades móviles de salud mental, documentando el estado operativo , según sea requerido | Informe mensual de verificación del estado operativo de unidades móviles |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Tramitar ante el CRUE peticiones, solicitudes que sean pertinentes y que no interfieran en la operación de las móviles de los vehículos de salud mental de la Subred Suroccidente | Realizar peticiones al CRUE para la atención de situaciones especificas, documentando fechas y respuestas obtenidas | Realizar peticiones al CRUE para la atención de situaciones especificas, documentando fechas y respuestas obtenidas |
| Realización y entrega de informes administrativos inherentes al programa de salud mental | Elaborar un informe mensual detallando el rendimiento y las acciones del programa de salud mental | informe mensual sobre rendimiento y acciones del programa de salud mental entregado formalment |
| Adoptar los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades | Apoyar la creación de procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran documentando el proceso de revisión y aprobación | Documento de creación y adaptación de protocolo de procedimientos informes netux, con registro de revisión y aprobación. |
| Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo. | Documento de creación y adaptación de protocolo de procedimientos informes netux, con registro de revisión y aprobación. | Trato digno y humanizado con los pacientes y colaboradores que hacen parte del proceso |
| Diligenciamiento y análisis de indicadores de gestión y calidad - Propios del programa de salud mental | Diligenciar y a analizar los indicadores de Salud Mental, elaborando un informe mensual donde se identifique tendencias, y areas de mejora o oportunidad | Informe mensual sobre análisis de indicadores de salud mental, resaltando tendencias y áreas de mejora |
| Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato ya las necesidades del servicio | Apoyo a las actividades asignadas por la Lider del convenio, con respuesta a las necesidades de APH, vehículos de emergencia y Salud Mental | Documentación de tareas específicas completadas, como nuevas guías o atención a desafíos emergentes |
| Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivita en el programa de salud mental. | Elaborar un informe mensual detallado con las medidas de seguridad , recomendaciones,y seguimiento de resultados en el programa de salud mental | Documentación de tareas específicas completadas, como nuevas guías. |
| Gestionar y proyectar las respuestas de manera oportuna cumpliendo los términos de ley: para requerimientos internos y externos, respuesta a PQR o derivados de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. | | |
| Generar informes de seguimiento de la operación en cada turno y cumplimiento de la operación de las móviles del programa | | |
| Informar al líder novedades presentadas en el turno | | |
| Trabajar de manera articulada con el lider y apoyo administrativo a fin de controlar tiempos y la operación | | |
| Participar en la actualización documental de la Unidad Funcional de APH Suroccidentes | | |
| Articular las actividades que se deben realizar en compañía de las demás áreas de la Subred integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E, para la correcta ejecución del convenio interadministrativas | | |
| Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Sur Occidente ESEB | | |
| Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad | | |
| Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas desde la Dirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE o al interior de la Subred | | |
| Gestionar temas de seguridad del paciente, análisis de casos | | |
| Apoyar el seguimiento a matriz de riesgos, indicadores y planes de mejoramiento | | |
| Realizar seguimiento a cronograma de actividades, y a los hallazgos previamente reportados | | |
| Gestionar en coordinación con el CRUE las necesidades de apoyo sea ambulancia, policía, bomberos u otra entidad que sea requerida para la adecuada intervención del paciente. | | |
| Apoyar la capacitación del personal en caso de ser requerido | | |
| Realizar las auditorias que sean asignadas para la adecuada ejecución del convenio | | |
| Apoyar el proceso de verificación de móviles en caso que sea requerido | | |
| Tramitar ante el CRUE peticiones, solicitudes que sean pertinentes y que no interfieran en la operación de las móviles de los vehículos de salud mental de la Subred Suroccidente | | |
| Realización y entrega de informes administrativos inherentes al programa de salud mental | | |
| Adoptar los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades | | |
| Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo. | | |
| Diligenciamiento y análisis de indicadores de gestión y calidad - Propios del programa de salud mental | | |
| Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato ya las necesidades del servicio | | |
| Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivita en el programa de salud mental. | | |

Copia Certificada Subred Suroccidente

Angie Paola Buitrago Colorado
1013667933
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

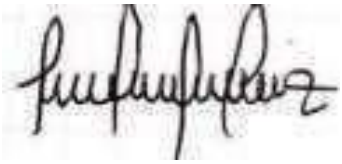
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**E.S.E NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**KAREN LILIANA BELTRAN FLOREZ**
**C.C 1016058618**

La suma de **$ 3´450.822** por concepto de: Prestar servicios como tecnólogo Administrativo, prestando servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E., durante el periodo **del 1 al 28 de Febrero de 2026**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios M-7194-2025



**KAREN LILIANA BELTRAN FLOREZ**
C.C. 1.016.058.618
Dirección: Calle 20 C # 93-60
Teléfono: 3246870756
Cuenta bancaria DAVIVIENDA **0570475070021401**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1016058618 | KAREN LILIANA BELTRAN FLOREZ | Calle 20 C # 93-60 | 3627728 | Famcepedaflorez@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | 20/02/2026 | 41409953 | $582.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 15 | 2.100 | 0 | 221.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 2.700 | 0 | 282.900 | 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 | 42.700 | | | | 42.700 | 15 | 500 | 43.200 | | | 427 | 43.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 35.100 | 15 | 400 | 35.500 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 15 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 15 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 221.000 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 282.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 43.200 |
| CCF | 1 | 35.100 | 35.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 576.900 | 582.600 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1016058618 | KAREN LILIANA BELTRAN FLOREZ | | Calle 20 C # 93-60 | 3627728 | Famcepedaflorez@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 | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | 20/02/2026 | 41409953 | $582.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1016058618 | BELTRAN FLOREZ KAREN LILIANA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.750.905 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.750.905 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 3 | 42.700 | CCF24 | 1.750.905 | 35.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ADRES

# 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 | 1016058618 |
| NOMBRES | KAREN LILIANA |
| APELLIDOS | BELTRAN FLOREZ |
| 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 | EPS SURAMERICANA S.A. | CONTRIBUTIVO | 10/10/2023 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 02/23/2026 07:47:12 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

**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 | 1016058618 | BELTRAN | FLOREZ | KAREN | LILIANA | 2022-06 | Famisanar | COTIZANTE |
| CC | 1016058618 | BELTRAN | FLOREZ | KAREN | LILIANA | 2023-08 | Compensar | BENEFICIARIO |
| CC | 1016058618 | BELTRAN | FLOREZ | KAREN | LILIANA | 2025-03 | Suramericana | BENEFICIARIO |
| CC | 1016058618 | BELTRAN | FLOREZ | KAREN | LILIANA | 2025-12 | Suramericana | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Suramericana | 12/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Suramericana | 11/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Suramericana | 10/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Suramericana | 09/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Suramericana | 08/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Suramericana | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Suramericana | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Suramericana | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Suramericana | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Suramericana | 03/2025 | 18 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 03/2025 | 12 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Suramericana | 02/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 01/2025 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 12/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 11/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 10/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 09/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 08/2024 | 13 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 07/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 06/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 05/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 04/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 03/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 02/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 01/2024 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 12/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Suramericana | 11/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Suramericana | 10/2023 | 21 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2023 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2022 | 19 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2022 | 21 | COTIZANTE | Estado Emeregencia |
| Famisanar | 05/2022 | 18 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Famisanar | 01/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 09/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

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

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Famisanar | 04/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 08/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 03/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 02/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 01/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 12/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 11/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 10/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 07/2016 | 5 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 06/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 05/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Famisanar | 04/2016 | 21 | COTIZANTE | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.