

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         |                        | 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         |              |                                                                                     |          |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |          |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          | clara ines porras tarazona              |                        |                                  |              |                                                                                     |          |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | C.C                                     | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 20472613 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                          | clarines613@hotmail.com                 |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 7560505  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                         |                        | SUBRED                           |              |                                                                                     |          |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          | HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL BOSA |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED   |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Centro de costo   | %                        |                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | BO37105           | 100                      |                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |          |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                         |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |          |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          | 468270023293                            |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | SI       |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |          |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 841                      |                                         |                        | VIGENCIA                         |              | 2026                                                                                |          |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 291               | FECHA                    | 2026-01-19 06:12:54.000                 | NÚMERO DE CRP          | 13654                            | FECHA        | 2026-02-09 00:00:00.000                                                             |          |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |          |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          | DESDE                                   | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         | 2026-02-01             |                                  |              | 2026-02-28                                                                          |          |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                         | \$2,323,440            |                                  |              |                                                                                     |          |
| 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.                                          |                   |                          |                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |          |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |          |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                         |                        |                                  | VALORES      |                                                                                     |          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                         |                        |                                  | \$13,830,000 |                                                                                     |          |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         |                        |                                  | \$2,323,440  |                                                                                     |          |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |                                         |                        |                                  | \$2,323,440  |                                                                                     |          |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |          |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                                         |                        |                                  | \$11,506,560 |                                                                                     |          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                         |                        |                                  | 17%          |                                                                                     |          |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:<br>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                                                                       |          |
| 1078868693                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$908,526         | \$113,566                |                                         | \$145,364              | 3                                | \$22,132     | \$281,062                                                                           |          |
| Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                                                                   |                   |                          |                                         |                        |                                  |              |                                                                                     |          |
| carlos alberto corredor<br>1070020178<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) Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. | Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente. | ENTREGA DE TURNO                                                          |
| 2) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                | Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                         | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| 3) Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                 | Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                          | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| 4) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                              | Retroalimentación al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                                   | CUANDO SE REQUIERAN                                                       |
| 5) Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio                                                           | Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento                                                                           | ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO                                               |
| 6) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                     | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                              | PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES                                            |
| 7) Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.                                                         | Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.                                                                  | PROTOCOLOS INSTRUCIONALES                                                 |
| 8) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio                                                                                                                                                                | Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                                        | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION                           |
| 9) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible                                                                                                                                     | Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible                                                                                                                                              | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION                           |
| 10) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                     | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred                                                                                                                | PROTOCOLOS INSTRUCIONALES                                                 |
| 11) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                      | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                                | FORMATO INSTITUCIONAL                                                     |
| 12) 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                                                                          | CUANDO SE REQUIERA                                                        |
| 13) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                        | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado                                                                                                                                   | CUANDO LO REQUIERAN                                                       |
| 14) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                              | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                                        | CUANDO SE REQUIERA                                                        |
| 15) 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.                                                                                                          | SISTEMA DE INFORMACION                                                    |
| 16) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                          | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales                                                                                                                     | CUANDO LO REQUIERAN                                                       |
| 17) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                       | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                                 | SISTEMA DE INFORMACION                                                    |
| 18) 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                                                                                                  | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)                       |
| 19) 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                                                                                                                                                 | CUANDO LO REQUIERAN                                                       |

carlos alberto corredor  
1070020178  
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:**

**CLARA INES PORRAS TARAZONA**

**C.C 20.472.613 DE BOGOTA**

La suma de \$ 2.323.440, por concepto de: prestación de servicios como auxiliar de enfermería en la unidad de APP BOSA - PEDIATRIA durante el periodo de 1 AL 28 FEBRERO 2026 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 841-2026

A handwritten signature in black ink that reads "Clara Ines Porras Tarazona". The script is cursive and fluid.

**Nombre de contratista**

**C.C. 20.472.613 DE BOGOTA CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 468270023293**

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Paciente: 1630715318 - AXEL ADRIAN AMAYA ACOSTA - Masculino - 1 Años / 10 Meses / 15 Días Ingreso: 14315382 - Hospitalario - Urgencia - Cama HB0336

Escala de Braden

4 Piel Tazamente Húmeda ☒

5. FROCCIÓN Y CIZALLAMIENTO (Fricción ocurre cuando la piel se mueve contra la superficie de apoyo. Cizallamiento ocurre cuando la piel y la superficie bajo yacente rozan la una contra la otra)

1 Problema Significativo ☐

2 Problema ☐

3 Problema Potencial ☐

4 Sin Problema Aparente ☒

6. NUTRICIÓN (Patrón habitual de ingesta de alimentos)

1 Muy Pobre ☐

2 Inadecuada ☐

3 Adecuada ☐

4 Excelente ☒

7. PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN

1 Muy Comprometida ☐

2 Comprometida ☐

3 Adecuada ☐

4 Excelente ☒

RIESGO UPP TOTAL: 28

Página 1 de 1 (28 items)

RIESGO NO RIESGO

Guardar Cancelar

No se puede agregar más de un registro en la misma hora

| Fecha y hora     | Riesgo UPP Total | Nivel de Riesgo | Infermer@                  | Área de Servicio                        |
|------------------|------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 18/02/2026 19:00 | 28               | NO RIESGO       | PORRAS SARAZONA CLARA INES | HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA HOSPITAL BOYA |

Página 1 de 1 (1 items)

© 2026 Sistemas y Recursos de Colombia S.A.



REGISTRO DE ENFERMERÍA

Paciente: 114518107 - NICOL JULIANA AMAIX PORRAS - Femenina - 16 Años / 3 Meses / 26 Días

Ingreso: 1411184 - Hospitalario - Urgencias - Canal: HBP0337-A

Lista de Registros

| Fecha y hora     | Riesgo UPP Total | Nivel de Riesgo | Enfermero                  | Área de Servicio                        |
|------------------|------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 18/02/2026 19:00 | 28               | NO RIESGO       | PORRAS TARAZONA CLARA INES | HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA HOSPITAL BOGA |

Escala de Braden

4. Piel Rápidamente Humeda

5. FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO (Fricción ocurre cuando la piel se mueve contra la superficie de apoyo. Cizallamiento ocurre cuando la piel y la superficie debajo están en la una contra la otra)

1 Problema Significativo

2 Problema

3 Problema Potencial

4 Sin Problema Aparente

6. NUTRICIÓN (Patrón habitual de ingesta de alimentos)

1 Muy Pobre

2 Inadecuada

3 Adecuada

4 Excelente

RIESGO UPP (TOTAL): 28

Página 1 de 1 (20 ítems)

RIESGO NO RIESGO

Grabar Cancelar

No se puede agregar más de un registro en la misma hora

10 20 40

Página 1 de 1 (1 ítem)

PC: 18/02/2026 11:15 a.m.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - U.N.C. | Registro de Enfermería - DOW | Registro de Enfermería - DOW | Registro de Enfermería - DOW | Registro de Enfermería - DOW | Registro de Enfermería - DOW | Registro de Enfermería - DOW

Me es seguro | [dgha.subredinaccidente.gov.co/00804/historiasClinicas/registro/enfermeria](#)

ENFERMERIA | USUARIOS | PEDIATRIA HOSPITAL | CENSO PEDIATRIA | RUANO ENERO 2024 | CENSO PEDIATRIA 1... | SISTEMA ACCIDENTE

Tablero de control RE | Agregar

### REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Verificación y Cálculo de Riesgo | Consultar Registro 281 | Acciones Directas | Menu RE

Info General | Prueba X | Registro de Lesiones X | Seguros Vitales X | Notas de Enfermería X | Plan de Medicamentos X | Plan de Suministros X | Tratado Efectos X | **Valoración Riesgo de Caída X** | Plan de cuidados (NANDA) X

Paciente: 6126346 - SORNA ALEXANDRA YELIN JIMENEZ - Femenino - 7 Años / 1 Meses / 4 Días | Ingreso: 14/01/2024 - Hospitalario - Urgencias - Cama 109P0109-A

Nuevo

Hora: 19:00

#### Valoración Riesgo Caída

1. Estado Conciencia

Presenta cualquier estado de conciencia alterado o patología neurológica (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsivas, depresión, ansiedad, riesgo suicida, discapacidad o alteración cognitiva).

2. Examen Visual y Auditivo

Presenta trastorno visual o auditivo.

3. Edad

Edad (Paciente mayor de 60 años o menor de edad).

4. Diagnóstico Médico

Diagnóstico médico: lesión, patología crónica, vascular, Parkinson, ACV, epilepsia, incontinencia urinaria o otra que favorezca la caída.

5. Dolor

Paciente con Dolor.

6. Acciones Involuntarias

Acciones involuntarias: mareos, tirones, tumbos de torso, entre otros.

7. Medicación

Use de cualquiera de estos medicamentos: Sedantes, Psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares, hipoglucemiantes, anticoagulantes.

Puntaje Total: 4

ALTO RIESGO | RIESGO BAJO

Grabar | Cancelar

No se puede registrar más del un registro en la misma hora.

#### Lista de Registros

Vista de Escala | Gráfico

| Fecha y hora     | Edad de Ri...                       | Riesgo Alto              | Clasificac... | Puntaje T... | Enfermer@                 | Área de Servid...                      |
|------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------|--------------|---------------------------|----------------------------------------|
| 18/07/2024 19:00 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4             |              | POURAG TABAZOVA CLARA REE | HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA HOSPITAL BOA |

11 | 20 | 40

Página 1 de 1 (10 items)

© 2024 Universidad Nacional de Colombia S.A.



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

ASEGÚRATE MES DE ENERO 2026

FECHA



RESULTADO: 100  
CALIFICACION

Aceptar

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

UNIDAD

Pregunta requerida



# ASEGURATE ENERO 2026

Se registró tu respuesta.

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

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

## Google Formularios



Febrero 2026

| UNIDAD EJECUTORA - CAGE - PAPEL |    |      |    | FECHA |  | HORA |  | ÁREA  |  | TURNO       |  | DESCRIPCIÓN |  | ELEMENTOS |  | Otras |  | Otras |  | Otras |  |
|---------------------------------|----|------|----|-------|--|------|--|-------|--|-------------|--|-------------|--|-----------|--|-------|--|-------|--|-------|--|
| FECHA                           |    |      |    | HORA  |  | ÁREA |  | TURNO |  | DESCRIPCIÓN |  | ELEMENTOS   |  | Otras     |  | Otras |  | Otras |  | Otras |  |
| FECHA                           |    |      |    | HORA  |  | ÁREA |  | TURNO |  | DESCRIPCIÓN |  | ELEMENTOS   |  | Otras     |  | Otras |  | Otras |  | Otras |  |
| 14-02-26                        | 20 | 343  | NI |       |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 4-02-26                         |    | 337  | NI |       |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
|                                 |    | 330  | NI |       |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 5-02-26                         |    |      | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 6-02-26                         |    | 332  | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 6-02-26                         |    | 341  | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 6-02-26                         |    | 3418 | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 6-02-26                         |    | 338  | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 8-02-26                         |    | 336  | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 12-02-26                        |    | 337  | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 14-02-26                        |    |      | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 16-02-26                        |    | 600  | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 18-02-26                        |    | 338  | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 21-02-26                        |    | 741  | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |
| 23-02-26                        |    | 741  | NI | X     |  |      |  |       |  |             |  |             |  |           |  |       |  |       |  |       |  |

INSTRUCTIVO: Registre con una "X" los elementos abordados en cada proceso de limpieza y desinfección ya sea rutinario o terminal. Realice el registro por cada sala, habitación, área, ambiente, consultorio o oficina. Marque con una "X" los elementos de riesgo para evitar algún elemento del servicio no relacionado en el formato.

NOTA ACLARATORIA: Este formato debe ser diligenciado en su totalidad, debe mantenerse la continuidad en las fechas, cada vez que se realice el proceso de limpieza y desinfección ya sea rutinario o terminal. Se debe tener en su respectiva oficina copia de los documentos. Cada vez que haya cambio de supervisor de la actividad.

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"/> | CUENTA CLARA ENERO.pdf                             | CUENTA CLARA ENERO.pdf                             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA FEBRERO CLARA.pdf                           | CUENTA FEBRERO CLARA.pdf                           | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MARZO CLARA.pdf                             | CUENTA MARZO CLARA.pdf                             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Designación Supervisión Luz Dary Castro Herrán.pdf | Designación Supervisión Luz Dary Castro Herrán.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA ABRIL CLARA.pdf                             | CUENTA ABRIL CLARA.pdf                             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MAYO.pdf                                    | CUENTA MAYO.pdf                                    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA JUNIO CLARA.pdf                             | CUENTA JUNIO CLARA.pdf                             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA JULIO CLARA.pdf                             | CUENTA JULIO CLARA.pdf                             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA AGOSTO.pdf                                  | CUENTA AGOSTO.pdf                                  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA OCTUBRE 2025.pdf                            | CUENTA OCTUBRE 2025.pdf                            | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA NOVIEMBRE 2025.pdf                          | CUENTA NOVIEMBRE 2025.pdf                          | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DICIEMBRE 2025.pdf                          | CUENTA DICIEMBRE 2025.pdf                          | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA ENERO 2026.pdf                              | CUENTA ENERO 2026.pdf                              | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Borrar

Cargar nuevo

PAGADO 11/02/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                            |                    |                      |
|---------------------|----------------------------|--------------------|----------------------|
| Razón Social        | CLARA INES PORRAS TARAZONA |                    |                      |
| Documento           | CC20472613                 | Dirección          | CRA 11 49 BIS 08 SUR |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE              | Teléfono           | 2795138              |
| Tipo Persona        | NATURAL                    | Forma Presentación | ÚNICO                |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                | Departamento       | BOGOTA D.C.          |
| Representante Legal |                            | Identificación     |                      |
| Total Afiliados     | 1                          | ARP                | ARL SURA             |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                            |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud    |          |          | Riesgos  |                      |             | Cajas          |                        |              | Parafiscales |        |              |                | Total                |          |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|----------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|----------|----------|----------|----------|----------------------|-------------|----------------|------------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres        | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | USP | COR | USI | IGE | LME | UMA | VAC | VAP       | VCT | IND | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días CCF | Administradora       | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora         | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora       | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 20472613        | CLARA INES PORRAS TARAZONA | 59             | 02                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     | 0   | 0        | 30       | 30       | 0        | (NIN-AF) NINGUNA AFP | \$ 0        | \$ 0           | (EPS008) COMPENSAR EPS | \$ 1.750.905 | \$ 218.900   | 2.436  | \$ 1.750.905 | \$ 42.700      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 261.600 |

III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 0        | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 0      | \$ 0            | \$ 218.900    | \$ 42.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 261.600                     | \$ 1.200                | \$ 262.800  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

BOGOTÁ, 15 de marzo de 2019

Señor(a)  
**CLARA INES PORRAS TARAZONA**  
CLARINES613@HOTMAIL.COM  
38 1/3

Ref. Rad. Porvenir. N.A.  
Solicitud por: VEJEZ  
Afiliado: CLARA INES PORRAS  
TARAZONA  
CC: 20.472.613  
T.N. N.A  
COR - BEN

Porvenir S.A. le da un saludo cordial.

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud de pensión de vejez ha sido **APROBADA**. Este reconocimiento se realiza de manera temporal hasta la fecha en la cual la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público – OBP nos gire el valor de su bono pensional.

A continuación detallamos la información que usted debe conocer y los pasos a seguir:

1. ¿Cuál es el valor de la mesada? Para el año 2019 el valor de la mesada será de \$ 828.116,00, valor que corresponde a un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

El pago de su mesada se efectuará con cargo al saldo de su cuenta de ahorro individual y una vez ingrese el valor de su bono pensional, realizaremos un nuevo estudio pensional y usted deberá aportar documentación que en su momento le indicaremos.

2. ¿La mesada tiene algún descuento? Sí, se aplica un descuento del 12% sobre el valor total de la mesada para el pago de salud, que en su caso corresponde a la suma de \$ 99.400,00, es decir que el valor neto que recibirá mensualmente será de \$ 728.716,00.

Este descuento le permite acceder a los servicios en la Entidad Promotora de Salud (EPS) y se debe aplicar independientemente si usted ya es cotizante a salud como empleado o como beneficiario de algún cotizante, dado que el aporte a salud se hace por la totalidad de los ingresos que usted recibe.

3. ¿Qué pagos va a recibir a partir de este momento?

- Un pago único por valor de \$1457432,00 que corresponde a las mesadas reconocidas desde el día 01 de Febrero de 2019, mes de cumplimiento de requisitos, hasta el mes de Marzo de 2019, mes en la que se aprueba su solicitud con un descuento por concepto pago de EPS con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) como lo establece la norma<sup>1</sup>, este pago se realizó en la cuenta bancaria reportada por usted del banco, Davivienda S.A..
- A partir del siguiente mes recibirá mensualmente por concepto de mesada el valor de \$728.716,00, pago que se realizará máximo el día 10 de cada mes. Este valor se ajustará anualmente con base en el incremento del salario mínimo.
- En el mes de Noviembre de cada año recibirá la mesada adicional (mesada 13).

4. Los beneficiarios tenidos en cuenta para la aprobación de la pensión son:

1. Resolución 2388 de 2016

ORLANDO DE JESUS MUNERA ARIAS - COMPAÑERO(A)  
RODRIGO ERNESTO MUNERA PORRAS - HIJO(A)

## Próximos pasos que usted debe realizar

### 1. Cuenta para realizar el pago de la mesada

Lo invitamos a que realice la apertura de una **cuenta bancaria pensional** con la cual obtendrá los siguientes beneficios:

- Sin cuota de manejo
- La cuenta es exenta del gravamen de cobro de transacciones financieras (4\*1000). Para esto, usted debe informar al banco que esta será su cuenta exenta.
- Tiene beneficios especiales en créditos de consumo y tarjetas de crédito.
- Es opcional el manejo de retiros con tarjeta débito o talonario.

Diríjase a cualquiera de las oficinas a nivel nacional del Banco de Bogotá, donde debe informar que el pagador de su pensión será Porvenir S.A. a través del Fondo de Retiro Programado con NIT 900.394.960-0 anexando:

- Copia de esta comunicación.
- Copia de su documento de identidad ampliado al 150%.

Una vez realizada la apertura de la cuenta pensional solicite una certificación de la cuenta y entréguela en la Oficina de Porvenir más cercana o envíela por correo certificado.

Si usted tiene una cuenta bancaria y la informó al momento de radicar su solicitud, en esta cuenta le realizaremos el pago de sus mesadas, si no la informó le agradecemos solicitar una certificación bancaria de su cuenta y entregarla en la Oficina de Porvenir más cercana o enviarla por correo certificado.

### 2. Afiliación a la EPS

Si usted se encuentra afiliado(a) a una EPS, o al Sisben o es Beneficiario en salud deberá:

- Dirigirse a su EPS y actualizar su afiliación en calidad de pensionado, informando que el pagador de su mesada es el **Fondo de Pensiones Porvenir con NIT 800.224.808** y adjuntando copia de esta comunicación.
- Entregar la copia de la actualización de la afiliación en la Oficina Porvenir más cercana o enviarla por correo certificado.

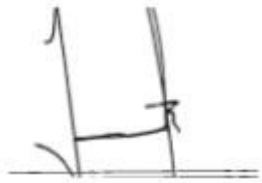
**La actualización o afiliación a la EPS deberá realizarla de forma inmediata, solicitando al Asesor de la EPS que la vigencia sea a partir de Mayo de 2019.**

Recuerde que si en un futuro, decide trasladarse de EPS, debe informarnos su traslado aprobado de forma oportuna en la Oficina Porvenir más cercana; lo anterior garantizará la prestación de sus servicios de salud.

Es fundamental que realice los trámites correspondientes de la cuenta bancaria pensional y la EPS para recibir los beneficios del pago de la pensión y de los servicios de salud de manera oportuna.

Tenga la tranquilidad que lo acompañaremos en esta nueva etapa de su vida y que nuestros canales de servicio estarán a su disposición: [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co), Línea de Servicio al Cliente en Bogotá 3906881 o a nivel nacional sin costo 01800517170 y oficinas nivel nacional.

Cordialmente,



**LEONARDO REINOSO RENGIFO**  
Dirección de Servicio al Pensionado  
LRR/U.I.P.  
C.C. EXP. VN 226994  
FTC-H0173

***Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo. Por favor absténgase de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Denuncie cualquier anomalía a nuestra auditoría interna fax No 3390101 en Bogotá o al A.A. 241800 de Bogotá.***



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                  | 20472613              | PORRAS          | TARAZONA         | CLARA         | INES           | 2017-07                   | Cafesalud | COTIZANTE       |
| CC                  | 20472613              | PORRAS          | TARAZONA         | CLARA         | INES           | 2022-03                   | Medimas   | COTIZANTE       |
| CC                  | 20472613              | PORRAS          | TARAZONA         | CLARA         | INES           | 2026-02                   | Compensar | COTIZANTE       |
| CC                  | 20472613              | PORRAS          | TARAZONA         | CLARA         | INES           | 2015-11                   | Saludcoop | COTIZANTE       |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 02/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2022              | 14               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 03/2022              | 16               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 02/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 11/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 10/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 09/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 08/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 07/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 05/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

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

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Medimas   | 07/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 06/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 05/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 04/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 03/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 02/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 01/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 12/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 11/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 10/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 09/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Medimas   | 08/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 07/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 06/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 05/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 04/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 03/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 02/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 01/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 12/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 11/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 10/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 09/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 08/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 07/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 06/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 05/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 04/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 03/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 02/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 01/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 12/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 11/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Saludcoop | 10/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 09/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 08/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 07/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 06/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 05/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 04/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 03/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 02/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 01/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 12/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 11/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 10/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 09/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 08/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 07/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 06/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 05/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 04/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 03/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 02/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 01/2014              | 21               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 12/2013              | 13               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Saludcoop | 10/2013              | 30               | 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.