

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                                                                      |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                               |                                                                                                      |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                                                                      |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               | Eliana Andrea Coronado Gallardo                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                               | C.C                                                                                                  | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1007821204 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                               | elancoga11@gmail.com                                                                                 |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3112488677 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               |                                                                                                      |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               | U C S SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV125 MOVIL - 6932 USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                             |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10V02-P46       | 100                           |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A          |                                                                                                      |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                               | 488418981640                                                                                         |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                               |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3115                          |                                                                                                      |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 769               | FECHA                         | 2026-03-24<br>15:09:23.000                                                                           | NÚMERO DE CRP       | 15512                            | FECHA         | 2026-03-30<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | APH SM AUXILIAR DE ENFERMERIA |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                               | DESDE                                                                                                | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                                                                      | 2026-03-01          |                                  |               | 2026-03-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               |                                                                                                      |                     | \$1,889,568                      |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial                   |                                                                                                      | RESERVA DE GLOSA 0% |                                  |               | N/A                                                                                 |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                               |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                               |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                               |                                                                                                      |                     | VALORES                          |               |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               |                                                                                                      |                     | \$7,959,219                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                                                                      |                     | \$2,425,392                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                               |                                                                                                      |                     | \$1,889,568                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                                                                      |                     | \$0                              |               |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                               |                                                                                                      |                     | \$5,533,827                      |               |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               |                                                                                                      |                     | 30%                              |               |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 52485812                                                                                                                                                                                                                                                     | \$908,526         | \$113,566                     | \$145,364                                                                                            | 4                   | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                               |                                                                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Angie Paola Buitrago Colorado<br>1013667933<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) Prestar servicios como auxiliar de enfermería o tecnólogo en APH del programa de Atención Prehospitalaria de la subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. durante el tiempo de disponibilidad indicado en el requerimiento, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud. Estar presente en el momento de entregar y recibir disponibilidad con el perfil asignado según cronograma de actividades, registrando las novedades correspondientes"                                                                                                                                                                                                 | Actividades propias de la atención de cada paciente en la ambulancia ( revisar Guías de manejo de atención) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado                                               | prestar un servicio humanizado ,aplicando protocolos de seguridad al paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| "2. Estar presente en los procesos de entrega y recepción de disponibilidad conforme al perfil asignado y al cronograma de actividades establecido registrando las novedades que se presenten.. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | recibir el turno a las horas establecidas                                                                                                                                                                                                                | "estar a tiempo para comenzar en las horas según l asignacion de la movil"                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| " 3) Realizar valoración, estabilización y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | valorar en la escena al paciente                                                                                                                                                                                                                         | realizar una valoracion oportuna que permita tener claro que presenta el paciente en la escena ynasi poder dar al crue una vision de que presenta el paciente.                                                                                                                                                                                                             |
| "4) Realizar los procedimientos ordenados por el médico de la tripulación o el médico regulador para la estabilización de pacientes, dentro de su núcleo de saber. Incluyendo la aplicación supervisada de medicamentos. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | . Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionale                                                                                                                          | realizar segunnindicacion los procedimientos ordenados ya sea porel medico de la movil si esta medicalizada o del CRUE si es movil basica                                                                                                                                                                                                                                  |
| "5. Diligenciar de forma completa clara y oportuna los registros propios de la Atención Pre hospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado formato fallido y/o cancelado formato de elementos de protección personal formatos limpieza y desinfección formato de control de temperatura y humedad consentimiento y desistimiento de traslado Formulación médica cadena de custodia entre otros en los aplicativos o medios físicos establecidos inmediatamente se finalice la atención del paciente. En ningún caso los registros clínicos podrán ser diligenciados después del período de atención del paciente el incumplimiento genera responsabilidad frente al pago correspondiente al valor del servicio prestado" | se realizan o diligencia formatos pertinentes al traslado o valoracion del paciente que se atiende,se diligencias según protocolo de la institucion y según aplique el caso .                                                                            | se entregan formatos diligenciados completos ,sin faltante en los datos ya que eso retrasa procesos ,y es preciso que esten sin faltantes para evitar devoluciones.                                                                                                                                                                                                        |
| " 6. Acatar las indicaciones operativas del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias realizando los reportes radiales de información pertinente al paciente con propósitos de regulación médica y orientación de traslado e información relevante de situaciones de emergencia y coordinación con el médico regulador directivos del centro regulador otras unidades medicalizadas y básicas agencias del estado que participen en situaciones de desastre y/o emergencias cuando se requiera"                                                                                                                                                                                                                                   | se acata ordenes por el CRUE                                                                                                                                                                                                                             | "Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades"                                                                                                                                                                                                           |
| " . 7 . Gestionar oportunamente la liberación de las camillas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS receptoras garantizando el acompañamiento del paciente hasta su ubicación definitiva y efectuando los reportes respectivos de la gestión realizada"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | " . Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades u obligaciones asignadas. " | estar disponible tan pronto y despues de las respectiva limpieza de la camilla para contruar con la labor asignada                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8. Ejecutar las actividades y metas asignadas conforme al cronograma establecido contribuyendo al cumplimiento de los indicadores de gestión sin exceder jornadas superiores a doce ( horas continuas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | se realizan 12 horas del truno                                                                                                                                                                                                                           | no se ralizan mas de 12 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| " . 9. Realizar el oportuno y adecuado diligenciamiento del libro de despachos atenciones y traslados. vigencia y estado. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Efectuar el diligenciamiento de los libros o bitacoras o historias clnicas                                                                                                                                                                               | " Realizar el cierre oportuno de las Historias Clínicas en el aplicativo, una vez se finalice cada uno de los procesos de atención que corresponde: Traslados, Valoraciones, y Fallidos, lo que evita glosas y/o negación de la autorización por parte de las ERP, el incumplimiento genera responsabilidad frente al pago correspondiente al valor del servicio prestado" |
| "10. Registrar y mantener actualizado el inventario de insumos medicamentos y equipos biomédicos verificando su vigencia y estado. Efectuar el diligenciamiento del formato preoperacional de equipos y coordinar con el auxiliar de farmacia la reposición oportuna de materiales requeridos"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Cuidado y control de los insumos , recursos y bienes para el desarrollo de sus actividades                                                                                                                                                               | Equipos en ambulancia completos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| "11. Responder por la custodia manejo y correcta utilización de los equipos e insumos asignados "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | se cuidan equipos bionmedicos velando por el buen uso de ellos .                                                                                                                                                                                         | revisar y tener cuidado de los equipos biomedicos vigilando que funcionen y esten en buenas condiciones                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| " 12. Cumplir con los protocolos de bioseguridad y con las disposiciones relacionadas con la seguridad del paciente la confidencialidad de la información y el reporte de eventos adversos o de seguridad. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | se utilizan los elentos de bioseguridad para el buen cuidad personal y oportuna atencion del paciente                                                                                                                                                    | se garantiza que al utilizar los elementode proteccion personal ,se evita algun percanse en a salud del personal                                                                                                                                                                                                                                                           |
| "13. Brindar atención digna humanizada eficaz y respetuosa a los pacientes familiares y demás usuarios suministrando información clara y comprensible"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | se ejerce la atencion del pciente con gran humanizacion siendo esto prte de nuestro principio y vocacion                                                                                                                                                 | realizar una buena atencion sin importar credo ,sexo ideologia del paciente .                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| " 14. Portar las prendas institucionales establecidas en el manual de imagen del CRUE el carné institucional y la tarjeta de identificación de misión médica en lugar visible conforme a la Resolución de"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | se utiliza el uniforme entregado por la subred                                                                                                                                                                                                           | se porta el uniforme en buenas condiciones dando buena presentacion personal                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| " 15. Asistir y participar en las jornadas de inducción capacitación reuniones o eventos convocados por la Subred o el CRUE"                                                                                                                                                                                                      | Asistir a capacitaciones, reuniones y demas actividades donde se convoque la participacion de los contratistas                                                                                                                                                                                                                                                  | realizar y entrar a las capacitaciones virtuales                                                                   |
| " 16. Participar en la atención de emergencias y en el cubrimiento de eventos especiales tales como visitas oficiales atención de altos dignatarios y demás actividades que sean solicitadas por la supervisión del convenio realizando el diligenciamiento correspondiente en el sistema de información habilitado para tal fin" | "Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato" | asistir a los eventos programados                                                                                  |
| "17. Solicitar y adjuntar los soportes necesarios para la autorización y facturación de traslados y valoraciones cargándolos correctamente en el aplicativo o medio físico correspondiente. Realizar el cierre oportuno de las historias clínicas y demás registros evitando glosas o negaciones de pago por parte de las EPS."   | diligenciar en su totalidad los documentos requeridos entre ellos la historia clinica del paciente llenando todos los campos requeridos y firmas de recepcion de parte de medico que atiende                                                                                                                                                                    | diligenciar en su totalidad las historias , documentos o papeleria pertinentes de los traslados para evitar glosas |
| "18. Atender oportunamente los requerimientos derivados de PQRS novedades administrativas o asistenciales así como las auditorias efectuadas por entes de control presentando los soportes necesarios. "                                                                                                                          | se da contestacion a los PQRS o novedades que se lleguen a presentar por los medios virtual o fisico o según esten establecidos para su resolucion                                                                                                                                                                                                              | dar contestacion cuando sea necesario                                                                              |
| "19. Notificar los eventos de interés en salud pública implementando los protocolos definidos para tal fin cuando aplique al objeto del contrato. "                                                                                                                                                                               | de ser necesaria esta labor se realizan las labores asignadas según protocolo institucional                                                                                                                                                                                                                                                                     | implementacion de protocolos                                                                                       |
| "20. Adoptar y aplicar los procesos procedimientos guías instructivos y protocolos institucionales requeridos para el adecuado desarrollo de las actividades contratadas."                                                                                                                                                        | se adoptan procedimientos guias instructivos y protocolos adercuados requeridos para el buen desarrollo de las actividades                                                                                                                                                                                                                                      | implementar protocolos según la institucion                                                                        |
| "21. Responder oportunamente a los despachos o llamados generados por el CRUE en los tiempos y condiciones operativas establecidas"                                                                                                                                                                                               | se esta atento a los llamados y direccionamientos de parte del Centro Regulados                                                                                                                                                                                                                                                                                 | contestar la frecuencia asignada y estar listos para direccionamientos                                             |
| ". 22. Mantener vigente los cursos exigidos según anexo técnico de perfiles del talento humano del convenio de atención Pre Hospitalaria."                                                                                                                                                                                        | actualizar los cursos cada vez se cumpla el plazo de vigencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | estar pendiente de las fechas apara actualizar los cursos                                                          |
| ". 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato y las necesidades del servicio en cualquiera de las ambulancias básicas o medicalizadas de la Subred"                                                                                                                           | se realizan actividades asignadas según el objetico del contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                | cumplir con la part que me toca como auxiliar de enfermeria                                                        |

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

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

**DEBE A:**

**ELIANA ANDREA CORONADO GALLARDO**  
**C.C 1007821204 DE BOGOTA**

La suma de \$ 1.889.568 por concepto de prestar servicios como AUXILIAR EN ENFERMERIA prestando servicios de apoyo a la gestion 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 01 al 31 de MARZO del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3115-2026



**ELIANA ANDREA CORONADO GALLARDO**

**Nombre de contratista**

**C.C 1.007.821.204 DE BOGOTA**

**DIRECCION CARRERA 53 B # 46 A SUR 43**

**TELEFONO 3112488677**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO 488418981640.**

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 52485812        | 10/03/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-02              | 2026-02                            | I               | \$0                       | \$544.300          |              |

| 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 7         | 1.000                 | 0              | 219.900       | 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                | 7         | 200                   | 42.900              |                            |                     | 427               | 42.900        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1007821204        | ELIANA ANDREA CORONADO GALLARDO |        | KR 54 49A 29 SUR | 3112488677         | elancoga11@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 52485812        | 10/03/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-02              | 2026-02                           | I               | \$0                      | \$544.300          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                                    |           |       |            |                  |           |                       |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |            |             |           |      |            |                        |                         |                                      |                                       |          |           |      |                           |          |              |      |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-----------|-------|------------|------------------|-----------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|----------|--------------|------|------------|---------------|---------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                                    |           |       |            |                  |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |            |             | SALUD     |      |            |                        | RIESGOS LABORALES       |                                      |                                       |          | CCF       |      |                           |          | PARAFISCALES |      |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres                | Cotizante | Salud | Extranjero | Columna anterior | Exonerado | ING                   | RET | TDE | TAE | TOP | TAP | USP | SUN | ICE     | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Días | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |   |
| 1                     | CC<br>1007821204                      | CORONADO GALLARDO ELIANA<br>ANDREA | 57        | 0     |            | N                |           |                       |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |            | 230301      | 1.750.905 | 30   | 280.200    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS008   | 1.750.905 | 30   | 218.900                   | 14-11    | 1.750.905    | 30   | 3          | 42.700        |         | 0    | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 |

PAGADA



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

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

**Certifica que:**

***ELIANA ANDREA CORONADO GALLARDO***

**CC 1007821204**

**Ha participado y aprobado el proceso de formación de:**

***Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES***

**Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas**

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *lunes, 23 de marzo de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

*Andrea Elizabeth Hurtado Neira*  
Gerente

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



QR de  
verificación:





## 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 | 1007821204           |
| NOMBRES                  | ELIANA ANDREA        |
| APELLIDOS                | CORONADO<br>GALLARDO |
| 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 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 28/02/2020                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                            |                        |                            |                |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|
| <b>Fecha de Impresión:</b> | 03/23/2026<br>04:39:12 | <b>Estación de origen:</b> | 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



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                  | 1007821204            | CORONADO        | GALLARDO         | ELIANA        | ANDREA         | 2026-02                   | Compensar | 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 |
| Compensar | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| 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              | 4                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2023              | 11               | 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              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2022              | 10               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 02/2022              | 20               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 11/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 10/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 09/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 08/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 07/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 05/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 04/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 03/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 02/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |



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

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 01/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 12/2020              | 29               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 11/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2020              | 1                | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Compensar | 03/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2020              | 3                | 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.