

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

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



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Karem Natali Peña Amaya					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1014290776		
CORREO ELECTRONICO:	karemp.a30@gmail.com			CELULAR:	3107943825		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		EXTENSION HOSPITALARIA EN CASA USS OCCIDENTE DE KENNEDY		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10I18	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	479001003			PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO		306		VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	291	FECHA	2026-01-19 06:12:54.000	NÚMERO DE CRP	11000	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTAS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL	
				2026-04-01		2026-04-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,824,100			
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:	\$15,806,280
VALOR EJECUTADO	\$11,217,360
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3,824,100
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$4,588,920
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	71%

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
74032625	\$1,529,640	\$191,205	\$244,742	3	\$37,262	\$473,209

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JUAN CARLOS ALVAREZ PONGUTA  
1057572856  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Respuesta de interconsultas y atenciones derivadas de la solicitud de procedimientos ordenados por el medico y servicio tratante
Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Ejecuto el plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Despues de valoración inicial se registra recomendaciones y/o el plan de manejo individual hospitalario del paciente de acuerdo a su patologia en la historia clínica.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Se realiza de forma cronologica y evolutiva la historia clinica del paciente de acuerdo a los formatos establecidos en el sistema Dinamica Gerencial
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Se deja registro en formato de censo, revisión de ordenes e interconsultas de pacientes nuevos y de las acciones tomadas en la revista medica o recomendaciones medicasy los ajustes entregados al plan de intervencion terapeutica
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Se registra en la historia clinica la informacion al paciente y/o cuidador relacionado con la patologia del paciente, educacion y plan casero
Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevo el registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Registro en censos de entrega y recibo de pacientes actualizando los mismos en cada una de las actividades desarrolladas o pendiente durante el tiempo de estancia en la institucion
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	Participo en la programación de las actividades de la Subred.	Entrego registro fotografico de la participacion en el Encuentro de aprendizaje Continuo mes de abril y del asegurate del mes tema IAAS higiene de manos (pantallazo con evidencia del nombre del colaborador y fecha del encuentro)
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	No aplica
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Reporte de eventos de seguridad presentados durante la atención de los pacientes.
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Realizo apoyo con el personal interdisciplinario reportando las recomendaciones y cuidados que por su patologia requiera el paciente
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciamiento completo de censos de acuerdo a los formatos y encabezados normalizados , firmas de quien entrega y recibe el servicio, realizo diligenciamiento de las historias clinicas en Dinamica
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente.
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Realizo aportes en el proceso de creación, actualizacion y/o socializacion de guías, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitacion.

Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de rehabilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de rehabilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Registro de informe de novedades de equipos biomedicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologías y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atención
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Diligenciamiento adecuado de Historia Clínica Registro de atenciones e ingresos Diarios
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	No aplica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	No aplica	No aplica
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Atención a visitas de rehabilitación a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitación
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros días del mes, de acuerdo al servicio de atención a la Referencia de Rehabilitación para la consolidación en el sistema de información. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos.
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.	Revisión de inventarios y equipos biomedicos del servicio durante el desarrollo de las actividades y durante la entrega de turno
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Entrego pantallazo de la participación del Encuentro de Aprendizaje Continuo mes de abril
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego Soporte de pago de Seguridad Social mes de marzo
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Recibir la asignación de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades de los servicios de rehabilitación

JUAN CARLOS ALVAREZ PONGUTA  
1057572856  
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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014290776	KAREM NATALI PEÑA AMAYA		calle 64H 76A 50	5482532	karemp.a30@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74032625	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$552.400	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	0	0	10.600	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	10.600	10.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>552.400</b>	<b>552.400</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014290776	KAREM NATALI PEÑA AMAYA		calle 64H 76A 50	5482532	karemp.a30@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74032625	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$552.400	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDP	TAP	USP	SAJ	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1014290776	PEÑA AMAYA KAREM NATALI			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	CCF24	1.750.905	30	10.600	0	0	0	0	0	

# PAGADA

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

**DEBE A:**

**KAREM NATALI PEÑA AMAYA**  
C.C. 1014290776 de BOGOTA D.C

La suma de \$3'824.100 (**TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL CIENTOS pesos MCTE**) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como **Fisioterapeuta**; en el Hospital Occidente de Kennedy en el área del **Programa de Hospitalización Domiciliaria**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 30 de abril de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 306-2026**.



**KAREM NATALI PEÑA AMAYA**  
C.C. 1014290776 de BOGOTA D.C  
Cel: 3107943825  
CUENTA DE AHORROS # 479001003  
Banco BBVA

Medellín, 24 de abril de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

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

Que KAREN NATALI PEÑA AMAYA identificado(a) con C1014290776 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10142907762611478361



**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	1014290776	PEÑA	AMAYA	KAREM	NATALI	2022-07	Compensar	BENEFICIARIO
CC	1014290776	PEÑA	AMAYA	KAREM	NATALI	2026-03	Compensar	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Compensar	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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



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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
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	26	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	07/2022	2	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	05/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	04/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	03/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	02/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	01/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	12/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	11/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	10/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	09/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	08/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	07/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	06/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	05/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	04/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización



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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Compensar	03/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	02/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	01/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	12/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	11/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	10/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	09/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	08/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	07/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	06/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	05/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	04/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	03/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	02/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	01/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	12/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	11/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	10/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	09/2019	25	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	08/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	07/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	06/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	05/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	04/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	03/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	02/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	01/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	12/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	11/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	10/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	09/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	08/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	07/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización



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

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Compensar	06/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	05/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	04/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	03/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	02/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	01/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	12/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	11/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	10/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	09/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	08/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	07/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	06/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	05/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	04/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	03/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	02/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	01/2017	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	12/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	11/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	10/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	09/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	08/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	07/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	06/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	05/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	04/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	03/2016	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	02/2016	28	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	12/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Compensar	11/2015	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización



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

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.



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

PRE TEST Y POST TEST IAAS - HIGIENE DE MANOS

SELECCIONAR

PRE TEST

NOMBRE DEL COLABORADOR

Karem Natali Peña Amaya

NÚMERO DE CÉDULA

1014290776

SEDE DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES

Hospital Occidente de Kennedy

SERVICIO

Atención domiciliaria

TURNO

Tarde

PERFIL

Terapia física

FECHA

2026-04-21

(Hoy)



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

PRE TEST Y POST TEST IAAS - HIGIENE DE MANOS

SELECCIONAR

POS TEST

NOMBRE DEL COLABORADOR

Karem Natali Peña Amaya

NÚMERO DE CÉDULA

1014290776

SEDE DONDE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES

Hospital Occidente de Kennedy

SERVICIO

Atención domiciliaria

TURNO

Tarde

PERFIL

Terapia física

FECHA

2026-04-21

(Hoy)



# EAC REHABILITACION ABRIL 2026

karemp.a30@gmail.com [Cambiar de cuenta](#)

 Borrador guardado

\* Indica que la pregunta es obligatoria

Correo \*

karemp.a30@gmail.com

PRETEST

Borrar selección

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS \*

Karem Natali Peña Amaya



# EAC REHABILITACION ABRIL 2026

karemp.a30@gmail.com [Cambiar de cuenta](#)

 Borrador guardado

\* Indica que la pregunta es obligatoria

Correo \*

karemp.a30@gmail.com

POSTEST

Borrar selección

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS \*

Karem Natali Peña Amaya



LISTOS

Para

## SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD CENSO PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (SUBREDES)

¡Gracias por su tiempo y por ayudarnos a  
construir una Bogotá con + MAS Bienestar

Atrás

Enviar

No revele nunca su contraseña. [Notificar abuso](#)

 Microsoft 365

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)

El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial. | [Privacidad de la salud del consumidor](#) | [Términos de uso](#)



- 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 DE COBRO FEBRERO 306.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 306.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MARZO 306.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 306.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >