



## 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 | 80490505      |
| NOMBRES                  | LUIS FERNANDO |
| APELLIDOS                | PINZON MEDINA |
| 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 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/05/2010                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                            |                        |                            |                |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|
| <b>Fecha de Impresión:</b> | 06/25/2026<br>14:05:17 | <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 fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)



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                  | 80490505              | PINZON          | MEDINA           | LUIS          | FERNANDO       | 2022-03                   | Sanitas | BENEFICIARIO    |
| CC                  | 80490505              | PINZON          | MEDINA           | LUIS          | FERNANDO       | 2026-05                   | Sanitas | COTIZANTE       |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas | 05/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2024              | 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*        |
|---------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2022              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2022              | 0                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2022              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2022              | 0                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2022              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas | 06/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2021              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2020              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2019              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2019              | 1                | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2019              | 12               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas | 07/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2016              | 23               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2016              | 23               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas | 09/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2013              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2013              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2013              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2013              | 0                | 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.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                             |                 |                    |                        |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección              | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 80490505                   |    | PINZON MEDINA LUIS FERNANDO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Carrera 51 #38a-20 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 4687653  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |  |            |          |            |            |                 |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|--|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                 |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Valor     |
| 2026-05                           | 2026-05 | 369612493 |  | 9504816563 | I        | 2026/06/02 | 2026/06/09 | BANCO DE BOGOTA | \$544,800 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |             |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |         |      |             |          |              |     |        |
|--------------------------------------------------|----------------|-------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO                                         |                |             | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
| No.                                              | Identificación | Nombres     | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte   | Dias         | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |             |         |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |             |         |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |             |         |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |
| 1                                                | CC 80490505    | PINZON LUIS | 25-14   | 30   | \$1,750,905 | \$280,200 | EPS005 | 30   | \$1,750,905 | \$218,900 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-11   | 30   | \$1,750,905 | \$42,700 | 0            | \$0 | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                              |                |             |         |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                             |                 |                    |                        |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion              | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 80490505                   |    | PINZON MEDINA LUIS FERNANDO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Carrera 51 #38a-20 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 4687653  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                 |           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                 |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Dias Mora | Valor     |
| 2026-05                           | 2026-05 | 369612493 | 9504816563 | I        | 2026/06/02 | 2026/06/09 | BANCO DE BOGOTA | 7         | \$544,800 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$280,200       | \$1,500        | \$0                    | \$281,700     |  |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$280,200       | \$1,500        | \$0                    | \$281,700     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$42,700        | \$300          | \$0                    | \$43,000      |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$42,700        | \$300          | \$0                    | \$43,000      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900       | \$1,200        | \$0                    | \$220,100     |  |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$218,900       | \$1,200        | \$0                    | \$220,100     |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$541,800       | \$3,000        | \$0                    | \$544,800     |  |

## FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

El futuro  
es de todosGobierno  
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural  
(LEY 190 DE 1995)Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

Última Actualización: 27-jun-2026

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUIS FERNANDO PINZON MEDINA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 80490505 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección TV 93 22 D 10

Teléfonos 3233100892 4687653

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|----------------------------|------------------------|------------|
| Karen Sofia Pinzon Rivera  | 1031653627             | Hijo(a)    |
| Miguel Angel Pinzon Rivera | 1193143325             | Hijo(a)    |
| Thiago Pinzon Vallejos     | 1188224640             | Hijo(a)    |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE  
RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO                            | VALOR            |
|-------------------------------------|------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | \$ 0,00          |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00          |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00          |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00          |
| HONORARIOS                          | \$ 27.454.932,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00          |
| TOTAL                               | \$ 27.454.932,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA    | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| Banco de Bogotá    | Cuenta de ahorros | 012691812           | Bogotá            | \$ 0,00            |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR            |
|--------------|-------------------------|------------------|
| Vehiculo     | 80490505                | \$ 64.000.000,00 |

# FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

## DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

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



Última Actualización: 27-jun-2026

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO        | VALOR         |
|-------------------|-----------------|---------------|
| Alkosto           | Tarjeta Crédito | \$ 800.000,00 |

### 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |

c) En la actualidad: **SI** ☒ **NO** ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS            | TIPO DOCUMENTO                                                                              | NÚMERO DOCUMENTO |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| sandra teresa vallejos ramirez | C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> | 52790647         |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
|                            |                        |

## 3. FIRMA

Firma electrónica:  
LUIS FERNANDO PINZON MEDINA 27/06/2026 14:09:02

BOGOTÁ D.C. 27-jun-2026

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA



# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Fernando Pinzon***

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

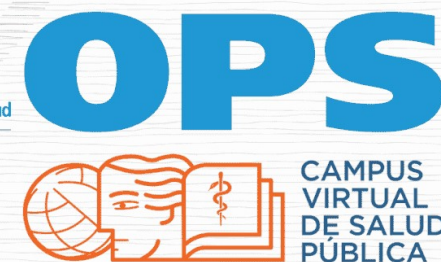
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

22 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



\*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=e711fc48-b6e1-4820-9a61-afb636d0e317>



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:**

***LUIS FERNANDO PINZON MEDINA***

**CC 80490505**

**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 *jueves, 19 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:



Medellin, 25 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **LUIS FERNANDO PINZON MEDINA** con documento de identidad **C80490505**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante                                                          | Centro de trabajo   | Código C.T  | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2024-07-01   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | PRINCIPAL BOGOTA DC | 0000000 001 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

- Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- Línea de conciliación ARL 3103157562
- [sura.co/arl](https://sura.co/arl)

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización? ☐ Si ☒ 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"/> | ENERO 2026.pdf   | ENERO 2026.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO 2026.pdf | FEBRERO 2026.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MARZO 2026.pdf   | MARZO 2026.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ABRIL 2026.pdf   | ABRIL 2026.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MAYO 2026.pdf    | MAYO 2026.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                                                          |                   |                          |                                         |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          | LUIS FERNANDO PINZON MEDINA             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | C.C                                     | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 80490505   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                          | fernandopinzon07@gmail.com              |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3208318721 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                         |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          | A T FARMACIA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Centro de costo   | %                        |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | KE11M05           | 100                      |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   | BANCO DE BOGOTA          |                                         |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          | 12691812                                |                     |                                  | PENSIONADO    |                                                                                     | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 2224                     |                                         |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1080              | FECHA                    | 2026-05-11 14:54:34.000                 | NÚMERO DE CRP       | 18259                            | FECHA         | 2026-05-28 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | AUXILIAR DE FARMACIA     |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          | DESDE                                   | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         | 2026-06-01          |                                  |               | 2026-06-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                         | \$2,572,380         |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   | Asistencial              |                                         | RESERVA DE GLOSA 0% |                                  |               | N/A                                                                                 |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.                                          |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                         |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                         |                     |                                  | \$16,678,980  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         |                     |                                  | \$14,106,600  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |                                         |                     |                                  | \$2,572,380   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                         |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                                         |                     |                                  | \$2,572,380   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                         |                     |                                  | 85%           |                                                                                     |            |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:<br>Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente. |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                                                                    | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC                  | NIVEL ARL           | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 9504816563                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$1,028,952       | \$128,619                | \$164,632                               | 3                   | \$25,065                         | \$318,317     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                                                                        |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ANGELICA JULIETH BELTRAN NOVOA<br>1074418469<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 Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el personal de enfermería y camilleros                                             | Dispensar lo requerido en el servicio farmacéutico                                                                     | Se dispensaron Formulas del mes de correspondientes urgencias hospitalización .                                                                            |
| 2 Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descarge                          | Registrar toda las formulas medicas recibidas                                                                          | Se hizo el descargue medicamentos e insumos del mes                                                                                                        |
| 3 Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido                                                                            | Almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos                                                                  | Almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos                                                                                                      |
| 4 Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo                                                                               | Desarrollo de aseo y verificación de estantes correspondientes                                                         | Se diligencia el formato 08-04 FO-0172 una vez realizada la limpieza y desinfeccion, mueble de insumos y mueble de ampollas asi como recipientes plasticos |
| 5 Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad                               | Diligenciamiento de formatos                                                                                           | se entrega actividades realizadas en sus respectivos formatos 08-04-FO-0126, 08-04FO0058, 08-04FO-0038 y 08-04-FO-0059                                     |
| 6 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred                                              | Cumplimiento de las normas establecidas                                                                                | Cumplimiento de las normas establecidas                                                                                                                    |
| 7 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento            | Desarrollo de actividades para certificación                                                                           | Elaboración de actividades para mejora del area lascuales son verificadas por el supervisor                                                                |
| 8 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas                                                                                 | Responder por los elementos entregados en la institución                                                               | Soy cuidadoso con los elementos del area de farmacia y los entrego en buen estado                                                                          |
| 9 Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado                                          | Participar en las jornadas de capacitación,                                                                            | jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                |
| 10 Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio                                      | Informar a coordinador del servicio fallas presentadas                                                                 | Mejora en todo momento en las fallas presentadas tanto laborales como personales en el servicio                                                            |
| 11 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos                                         | conozco y realizo el cumplimiento de procedimiento                                                                     | Desarrollo de procedimientos en los servicios                                                                                                              |
| 12 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales"                                                 | Apoyo en actividades de la subred                                                                                      | Se realiza dispensacion, recepcion, almacenamiento y seguimiento a medicamentos pendientes                                                                 |
| 13 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | Elaboración de actividades para la debida certificación                                                                | Se entrega oportunamente el informe con las respectivas actividades realizadas para ser certificadas por el supervisor                                     |
| 14 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato       | Se entrega oportunamente el informe con las respectivas actividades realizadas para ser certificadas por el supervisor | Utilizo con cuidado y mantengo los elementos en buen estado                                                                                                |
| 15 Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio                      | Registro de actividades realizadas                                                                                     | En el mes se registraron formulas, urgencias medicamentos he insumos entregados, formulas pendientes, formulas mal diligenciadas                           |
| 16 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                               | Entrega de constancia de afiliación de pago seguridad social                                                           | Se entrega oportunamente impresa y pagada la planilla asi como las certificaciones de salud, pension, riesgos profesionales para la certificacion,         |
| 17 Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                              | Realización de actividades asignadas                                                                                   | Se realizan actividades acorde a lo establecido en mi contrato 2024-2026                                                                                   |

ANGELICA JULIETH BELTRAN NOVOA  
1074418469  
Supervisor

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

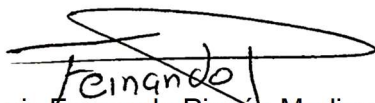
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

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

DEBE A:

Luis Fernando Pinzón Medina  
C.C 80.490.505 De Bogotá

La suma de \$ 2.572.380. por concepto de Prestación de Servicios como Auxiliar de Farmacia, a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Sur Occidente E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional. Durante el periodo de 01 al 30 junio del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2224-2026.



Luis Fernando Pinzón Medina

C.C 80490505 De Bogotá  
CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA  
012691812