

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			angie katherine sanchez cantillo					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1001060890
CORREO ELECTRONICO:			Angie.sanchezc@unicafam.edu.co			CELULAR:		3176789951
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A D RADIOLÓGICA HOSPITAL BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37L02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			143429520				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3106			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1080	FECHA	2026-05-11 14:54:34.000		NÚMERO DE CRP	17822	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2026-06-01			2026-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,489,400			
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:					\$14,690,226			
VALOR EJECUTADO					\$12,198,060			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$2,489,400			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$2,492,166			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					83%			
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	
86056454	\$1,062,144	\$132,768		\$169,943	3	\$25,874	\$328,585	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
carlos alberto corredor 1070020178 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades	1.cumpro con el porte de los elemntos de los elementos basicos,para el desarrollo de mis actividades.	1.prepare los elemntos necesarios para el desarrollo de mis actividades.
2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento	2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.	2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.
3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.	3 ejecuto cada actividad asignada segun corresponde	3.cumpli con mis actividades de forma responsable y siguiendo los protocolos establecidos.
4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada	4.realizo mis actividades y procedimientos con una tecnica adecuada.	4.realice mis procedimientos, siguiendo los protocolos.
5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma.	5.arreglo ,limpio y organizo la unidad.	5.firmo acta de limpieza y desinfeccion.
6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales	6.preparo y colaboro a los pacientes, para la realizacion de su examen.	6.realice mi registro de notas de enfermeria con cada actividad.
7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados.	7.asisto de manera oportuna y eficaz a mis pacientes en cada una de sus actividades.	7.desarrolle mi nota de enfermeria en la aplicación de dinamica.
8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados.	8.no aplica en nuestro servicio.	8.no aplica en nuestro servicio.
9. Realizar personalmente las actividades, objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados.	9.Realizo todas las actividades para la cuales fui contratado y respondo por cada una de ellas,siempre teniendo en cuenta que es responsabilidad de todo el equipo de trabajo el cumplir a cabalidad con nuestro trabajo.	9. Libro de entrega de turno y actas.
10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	10.dedico la totalidad del tiempo para el desarrollo de mis actividades contractuales.	10.regitro en el formato de recibo y entrega de turno.
11 Recibir y entregar la información detallada del servicio a cargo (TAC, Rx, Ecografía).	11recibo y entrego turno con todas las novedades	11.libro de entrega de turno.
12) Atender las necesidades del equipo de trabajo.	12atiendo las necesidades de mi equipo de trabajaj	12. soy eficiente y eficaz
13) Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.	13 explico los procedimientos que se van a realizar a los pacientes y a su acompañante.	13 acta de consentimiento informa
14) Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.	14.respeto los derechos y trato con etica a todos los pacientes.	14 actas de acreditacion
15) Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.	15. trato con respeto y de la mejor forma a las personas de mi entorno.	15 trato con respeto a todas las personas a mi alrededor
16) Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD.	16 .cumpro con todas las disposiciones impartidas por mi jefe inmediato.	16.firma de actas de compromiso.
17) Aplicar los principios de técnica aséptica.	17 ,aplico los principios de tecnica aseptica.	17.carpeta de control de desinfeccion y limpieza.
18) Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.	18 .aplico las normas de bioseguridad en el manejo de fluidos.	18.carpeta de control de desinfeccion y limpieza.
19) Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	19.cumpro con todos los protocolos establecidos en el programa de salud ocupacional.	19.apliactivo almera.
20) Vigilar e informar faltantes del inventario.	20 vigilo e informo faltantes de inventario.	20.libro de registro de invetario.
21) Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales.	21. mantengo limpios y ordenados todos los equipos y materiales utilizados.	21.carpeta de control de desinfeccion y limpieza de equipos.
22) Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.	22. hago uso adecuado y racional de los insumos y equipos utilizados en mi labor.	22 libro de control.
23) Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.	23.porto el carnet durante todo mi turno.	23 porto mi uniforme completo.
"24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. ademas anexas las certificaciones de cumplimiento en la plataforma secop II"	24 realizo la correcta aficion y pago al sistema de seguridad social	24 entrego constancia de pago al sistema de seguridad soacial
25) Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.	25salvaguardo todos los elementos dejados a mi cargo.	25 libro de entrega de turno.
26) Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.	26.gestiono de acuerdo a lo establecido las novedades.	26 informo todas las novedades a mi jefe inmediato
27) Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan	27 vigilo y suministro los insumos necesarios para realizar las actividades	27 libro de entrega y recibo de turno, libro de insumos.

28) Asistir a reuniones del servicio incluido encuentro de aprendizaje continuo	28. asistir a reuniones del servicio	28. asistir a encuentros de aprendizaje continuo
carlos alberto corredor 1070020178 Supervisor		
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021		

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

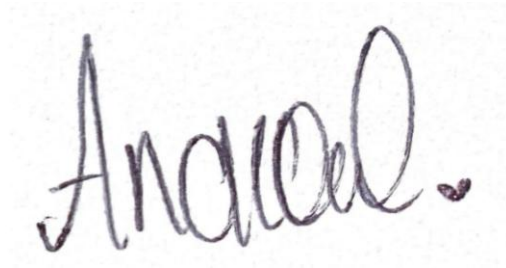
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE KATHERINE SANCHEZ CANTILLO

C.C. 1001060890 DE Bogotá

Dos millones cuatrocientos ochenta y nueve mil cuatrocientos (\$2.489.400) por concepto de: Prestar servicios a la gestión administrativo y/o asistencial en el área de imagenología, en los diferentes procesos y procedimientos dentro de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, de acuerdo a los requerimientos institucionales como Auxiliar de Enfermería en Radiología durante el periodo del 1 de junio al 30 junio 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 3106-2026.**

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Angie K. Sanchez Cantillo', with a small heart-like flourish at the end.

ANGIE KATHERINE SANCHEZ CANTILLO

C.C. 1001060890 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA

NUMERO DE CUENTA 143429520

CELULAR 3158310439

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada					
Nit de comercio Operador de Información		900089104-5			
Razón Social del Operador de Información		Enlace Operativo			
Descripción		Pago de SuAporte			
Fecha		2026-06-03, 12:57:58 PM			
Periodo de Cotización Otros Riesgos		mayo de 2026			
Periodo de Cotización Para Salud		mayo de 2026			
Empresa		ANGIE KATHERIN SANCHEZ CANTILLO			
CEDULA CIUDADANIA		CC 1001060890			
Código Sucursal (Nombre)		()			
Referencia de Pago/ Número Planilla		86056454			
Tipo de Planilla		I			
Número Transacción Bancaria/ CUS		361605985			
Banco		(1007) - BANCOLOMBIA			
Valor		\$ 541.800			
Estado de la Transacción		Aprobada			
Dirección IP de Origen		www.suaporte.com.co			

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 280.200	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 218.900	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 42.700	\$ 0
SubTotales:				\$ 541.800	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 541.800

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			angie katherine sanchez cantillo					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1001060890
CORREO ELECTRONICO:			Angie.sanchezc@unicafam.edu.co			CELULAR:		3176789951
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A D RADIOLÓGICA HOSPITAL BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37L02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			143429520				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3106			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1080	FECHA	2026-05-11 14:54:34.000		NÚMERO DE CRP	17822	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-05-01			2026-05-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,655,360			
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:						\$14,690,226		
VALOR EJECUTADO						\$9,708,660		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,655,360		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$4,981,566		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						66%		
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	
85433059	\$1,028,952	\$128,619		\$164,632	3	\$25,065	\$318,317	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
carlos alberto corredor 1070020178 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades	1.cumpro con el porte de los elemntos de los elementos basicos,para el desarrollo de mis actividades.	1.prepare los elemntos necesarios para el desarrollo de mis actividades.
2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento	2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.	2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.
3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.	3 ejecuto cada actividad asignada segun corresponde	3.cumpli con mis actividades de forma responsable y siguiendo los protocolos establecidos.
4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada	4.realizo mis actividades y procedimientos con una tecnica adecuada.	4.realice mis procedimientos, siguiendo los protocolos.
5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma.	5.arreglo ,limpio y organizo la unidad.	5.firmo acta de limpieza y desinfeccion.
6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales	6.preparo y colaboro a los pacientes, para la realizacion de su examen.	6.realice mi registro de notas de enfermeria con cada actividad.
7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados.	7.asisto de manera oportuna y eficaz a mis pacientes en cada una de sus actividades.	7.desarrolle mi nota de enfermeria en la aplicación de dinamica.
8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados.	8.no aplica en nuestro servicio.	8.no aplica en nuestro servicio.
9. Realizar personalmente las actividades, objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados.	9.Realizo todas las actividades para la cuales fui contratado y respondo por cada una de ellas,siempre teniendo en cuenta que es responsabilidad de todo el equipo de trabajo el cumplir a cabalidad con nuestro trabajo.	9. Libro de entrega de turno y actas.
10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	10.dedico la totalidad del tiempo para el desarrollo de mis actividades contractuales.	10.regitro en el formato de recibo y entrega de turno.
11 Recibir y entregar la información detallada del servicio a cargo (TAC, Rx, Ecografía).	11recibo y entrego turno con todas las novedades	11.libro de entrega de turno.
12) Atender las necesidades del equipo de trabajo.	12atiendo las necesidades de mi equipo de trabaj	12. soy eficiente y eficaz
13) Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.	13 explico los procedimientos que se van a realizar a los pacientes y a su acompañante.	13 acta de consentimiento informa
14) Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.	14.respeto los derechos y trato con etica a todos los pacientes.	14 actas de acreditacion
15) Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.	15. trato con respeto y de la mejor forma a las personas de mi entorno.	15 trato con respeto a todas las personas a mi alrededor
16) Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD.	16 .cumpro con todas las disposiciones impartidas por mi jefe inmediato.	16.firma de actas de compromiso.
17) Aplicar los principios de técnica aséptica.	17 ,aplico los principios de tecnica aseptica.	17.carpeta de control de desinfeccion y limpieza.
18) Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.	18 .aplico las normas de bioseguridad en el manejo de fluidos.	18.carpeta de control de desinfeccion y limpieza.
19) Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	19.cumpro con todos los protocolos establecidos en el programa de salud ocupacional.	19.apliactivo almera.
20) Vigilar e informar faltantes del inventario.	20 vigilo e informo faltantes de inventario.	20.libro de registro de invetario.
21) Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales.	21. mantengo limpios y ordenados todos los equipos y materiales utilizados.	21.carpeta de control de desinfeccion y limpieza de equipos.
22) Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.	22. hago uso adecuado y racional de los insumos y equipos utilizados en mi labor.	22 libro de control.
23) Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.	23.porto el carnet durante todo mi turno.	23 porto mi uniforme completo.
"24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. ademas anexas las certificaciones de cumplimiento en la plataforma secop II"	24salvaguado todos los elementos dejados a mi cargo.	24 libro de entrega de turno.
25) Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.	25.gestiono de acuerdo a lo establecido las novedades.	25 informo todas las novedades a mi jefe inmediato
26) Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.	26 vigilo y suministro los insumos necesarios para realizar las actividades	26 libro de entrega y recibo de turno, libro de insumos.
27) Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan	22. hago uso adecuado y racional de los insumos y equipos utilizados en mi labor.	22 libro de control.

28) Asistir a reuniones del servicio incluido encuentro de aprendizaje continuo	26 vigilo y suministro los insumos necesarios para realizar las actividades	26 libro de entrega y recibo de turno, libro de insumos.
carlos alberto corredor 1070020178 Supervisor		
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021		

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

< Evaluación del comprador >

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

VER CONTRATO

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

¿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
☐ cuenta de cobro febrero 2026.pdf	cuenta de cobro febrero 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ cuenta de cobro abril 206.pdf	cuenta de cobro abril 206.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ cuenta de cobro mayo 2026.pdf	cuenta de cobro mayo 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUIENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	CUIENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
Eliminar seleccionados Cargar nuevo		
Cancelar		
< Evaluación del comprador >		

Datos guardados



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	1001060890
NOMBRES	ANGIE KATHERIN
APELLIDOS	SANCHEZ CANTILLO
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	01/05/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 06/30/2026 05:55:32 Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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](#)



PAGINA TEMPORALMENTE
FUERA DE SERVICIO

Estamos experimentando
dificultades técnicas.

Por favor intente más tarde.



**SITIO WEB NO
DISPONIBLE POR
MANTENIMIENTO
PROGRAMADO. LE
PEDIMOS
DISCULPAS POR
LAS MOLESTIAS Y
LE SUGERIMOS
QUE LO INTENTE
DE NUEVO MÁS
TARDE.**

📄

A⁻

A⁺

ADRES

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



Sede

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16
Centro Empresarial Elemento
Código Postal 111071
Bogotá, D.C.

Atención presencial

Piso 16

Orientación y asesoría, radicación de reclamaciones por parte de personas naturales y notificación cobro coactivo.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Piso 10

Radicación de documentos y correspondencia física.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Atención telefónica

Línea de atención telefónica en Bogotá PBX +57 601 432 27 60
Línea gratuita nacional 01 8000 423 737
Horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. y sábados de 8:00 a. m. a 1:00 p. m.



ee4dbae8-84f5-46c0-9df6-68f88b649111

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Angie Katherin Sanchez Cantillo

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

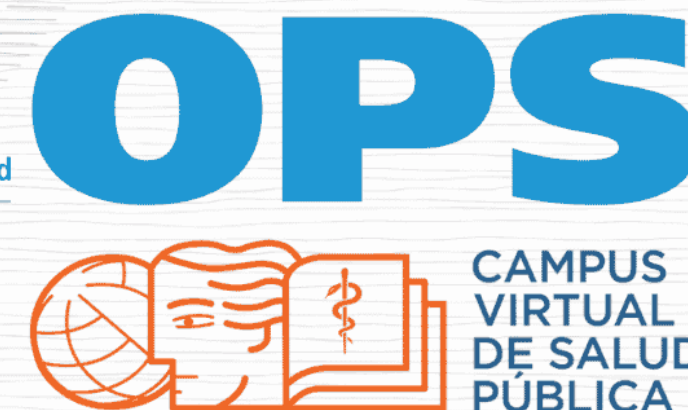
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

29 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 29-jun-2026

El futuro
es de todosGobierno
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGIE KATHERIN SANCHEZ CANTILLO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1001060890 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección TV 70 67 B 80

Teléfonos 3158310439 3158310439

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Liam Samuel Mahecha Sanchez	1012480183	Hijo(a)
Adriana Marcela Cantillo Zuñiga	52860527	Madre

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	\$ 6.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 2.000.000,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 8.000.000,00

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	143429520	Bogota	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		\$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		\$ 0,00

 El futuro es de todos	Gobierno de Colombia	FORMULARIO ÚNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA Persona Natural (LEY 190 DE 1995)	ENTIDAD RECEPTORA Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.  Última Actualización: 29-jun-2026
---	-------------------------------------	---	---

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
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

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:
ANGIE KATHERIN SANCHEZ CANTILLO 29/06/2026 17:59:12
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 29-jun-2026
CIUDAD Y FECHA



Activación aula Virtual



Tu usuario

09:11

Para capacitacion@subredsuroccidente.g... 

Buenos días.

Mi nombre es Angie Katherin Sánchez Cantillo, auxiliar de enfermería del servicio de radiología de Bosa, envío el presente correo para la activación del aula virtual ya que me indican que debo enviar la solicitud para la realización de los cursos correspondientes.

Gracias quedó atenta.

Angie Katherin Sánchez Cantillo
CC [1001060890](#)

Obtener [Outlook para iOS](#)



Responder a...



Correo



Calendario



Aplicaciones

SABER SUR OCCIDENTE Talento humano para el futuro del servicio público



Acceso inválido. Por favor, inténtelo otra vez.

[¿Olvidó su contraseña?](#)

Algunos cursos permiten el acceso de invitados

[Español - Internacional \(es\)](#) ▾

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

Contáctanos

📍 Calle 19 A # 34 - 94 (Upa Cundinamarca)
Bogotá, Colombia

🌐 <https://www.subredsuroccidente.gov.co/>

✉ capacitacion@subredsuroccidente.gov.co

Teléfonos y notificaciones

Teléfonos

601 3849160 EXT.1900

(+57) 3004444273

Notificaciones

notificaciones@subredsuroccidente.gov.co

Acerca del sitio

[Mapa del Sitio](#)

SABER SUR OCCIDENTE Talento humano para el futuro del servicio público

Desarrollado por Moodle

Usted no se ha identificado.

“