

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               |                        | Versión<br>3                     |              |  |                         |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                      |                          |                                                               |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |              |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |              |                                                                                     |                         |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | Cristian stiven rodríguez ortiz                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | C.C                                                           | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 1030659956              |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | cristianstiven1924@hotmail.com                                |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3208911845              |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                               |                        |                                  | SUBRED       |                                                                                     |                         |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | AMBULANCIA LIS761 SERVICIO DE AMBULANCIAS TRASLADO SECUNDARIO |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED                  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                        |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | N140                 | 100                      |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                                                               |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |                         |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                          | 550009400880507                                               |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO                      |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | 1698                                                          |                        |                                  | VIGENCIA     |                                                                                     | 2026                    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1589                 | FECHA                    | 2026-07-16 15:25:00.000                                       | NÚMERO DE CRP          |                                  | 24648        | FECHA                                                                               | 2026-07-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | CONDUCTOR AMBULANCIA     |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                          | DESDE                                                         | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               | 2026-07-01             |                                  |              | 2026-07-31                                                                          |                         |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                               | \$3,100,860            |                                  |              |                                                                                     |                         |
| 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 repercute 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                                               |                        |                                  | \$20,960,720 |                                                                                     |                         |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               |                        |                                  | \$17,682,285 |                                                                                     |                         |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                          |                                                               |                        |                                  | \$3,100,860  |                                                                                     |                         |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |                         |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          |                                                               |                        |                                  | \$3,278,435  |                                                                                     |                         |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                                               |                        |                                  | 84%          |                                                                                     |                         |
| 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                                                                       |                         |
| 6023304112                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,181,280          | \$147,660                |                                                               | \$189,005              | 4                                | \$28,776     | \$365,441                                                                           |                         |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA<br>1024517336<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                   |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                         | ACTIVIDADES                                                                                                             | PRODUCTOS                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Prestar servicios como conductor de ambulancias                                                                                                                 | Se presta servicios como conductor en los turnos asignados                                                              | Cuidar la movil asignada tanto en lo mecánico, eléctrico, interno y externo                                     |
| 2) Reportar las novedades de las móviles relacionadas con el mantenimiento del vehículo.                                                                           | Cumplir las normas de tránsito, y las normas de seguridad vial definidas en la Insitución                               | llevar la movil en la cita asignada para los mantenimientos pertinentes para el buen funcionamiento de la movil |
| 3) Diligenciar los registros de traslados, formatos de facturación, informes de actividades y hacer entrega de los mismos según las orientaciones del supervisor.  | Diligenciamiento de control de movil semanal y mensual                                                                  | Cuidar la movil asignada tanto en lo mecánico, eléctrico, interno y externo                                     |
| 4) Velar por la existencia en el vehículo de insumos como combustible, oxígeno, extintor de incendios entre otros                                                  | Cumplir las normas de tránsito, y las normas de seguridad vial definidas en la Insitución                               | verificación periodica de los extintores y los insumos pertinentes de la movil                                  |
| 5) Establecer las relaciones de coordinación con los auxiliares y tripulaciones para el manejo de pacientes y la adecuada prestación de los servicios de salud.    | Trabajo en equipo                                                                                                       | Actitud de trabajo en equipo ( actas en caso de dificultades que se presenten)                                  |
| 6) Cumplir las normas de tránsito y de seguridad en los vehículos y velar por el cumplimiento de las mismas por parte de los tripulantes.                          | Cumplir las normas de tránsito, y las normas de seguridad vial definidas en la Insitución                               | Reportes en la matriz de seguridad vial ( seguimiento a comparendos, fallas de tránsito)                        |
| 7) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención.                                                                                           | si se presenta alguna dificultad se retroalimentan al supervisor                                                        | Cuidar la movil asignada tanto en lo mecánico, eléctrico, interno y externo                                     |
| 8) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Velar por la completitud, por el cuidado, por el buen uso de elementos entregados para el desarrollo de las actividades | Cuidar la movil asignada tanto en lo mecánico, eléctrico, interno y externo                                     |
| 9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                          | Cumplir las normas de tránsito, y las normas de seguridad vial definidas en la Insitución                               | Cuidar la movil asignada tanto en lo mecánico, eléctrico, interno y externo                                     |
| 10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                  | Cumplir las normas de tránsito, y las normas de seguridad vial definidas en la Insitución                               | Cuidar la movil asignada tanto en lo mecánico, eléctrico, interno y externo                                     |
| 11) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                       | Cumplir las normas de tránsito, y las normas de seguridad vial definidas en la Insitución                               | Cuidar la movil asignada tanto en lo mecánico, eléctrico, interno y externo                                     |
| 12) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                        | Realizar pago y entregar soportes a la oficina cada mes                                                                 | se presentan los soportes de salud y pension para la cuenta mensual                                             |
| 13) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                        | Cumplir las normas de tránsito, y las normas de seguridad vial definidas en la Insitución                               | Cuidar la movil asignada tanto en lo mecánico, eléctrico, interno y externo                                     |

KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA  
1024517336  
Supervisor

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

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1030659956  
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CRISTIAN STIVEN RODRIGUEZ ORTIZ  
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL  
 DIRECCIÓN: CR 79G # 35-47 SUR TELÉFONO: 8888888  
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE  
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y  
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO  
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 6023304112 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES  
 PERIODO COTIZACIÓN MES: junio PERIODO COTIZACIÓN MES: junio  
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2026 SALUD: AÑO: 2026  
 DÍAS DE MORA: 0  
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/07/08 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 463316295

NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

LIQUIDACIÓN GENERAL

|                |        |                    | TOTALES    |              |
|----------------|--------|--------------------|------------|--------------|
|                |        |                    | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN        |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA |        |                    |            |              |
| NIT            | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 8002248088     | 230301 | 230301-PORVENIR    | 1          | \$ 280.200   |
| SUBTOTAL:      |        |                    | 1          | \$ 280.200   |
| SALUD          |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA |        |                    |            |              |
| NIT            | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 8002514406     | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1          | \$ 218.900   |
| SUBTOTAL:      |        |                    | 1          | \$ 218.900   |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 499.100 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 499.100 |



37bb2900-5ed4-48a7-86e8-196f64b3341d

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Cristian stiven Rodríguez Ortiz***

ha participado y aprobado el:

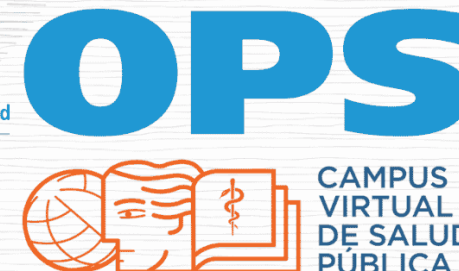
**Curso básico de prevención y control de  
infecciones multirresistentes en el hospital**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

29 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director





## 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 | 1030659956      |
| NOMBRES                  | CRISTIAN STIVEN |
| APELLIDOS                | RODRIGUEZ ORTIZ |
| 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 | 01/11/2020                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                     |                        |                     |                      |
|---------------------|------------------------|---------------------|----------------------|
| Fecha de Impresión: | 07/29/2026<br>06:47:07 | 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



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                  | 1030659956            | RODRIGUEZ       | ORTIZ            | CRISTIAN      | STIVEN         | 2016-04                   | Salud Total | BENEFICIARIO    |
| CC                  | 1030659956            | RODRIGUEZ       | ORTIZ            | CRISTIAN      | STIVEN         | 2026-06                   | Sanitas     | COTIZANTE       |
| CC                  | 1030659956            | RODRIGUEZ       | ORTIZ            | CRISTIAN      | STIVEN         | 2020-10                   | Salud Total | COTIZANTE       |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas | 06/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| 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 |



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

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| 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              | 11               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2022              | 24               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2022              | 26               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2022              | 25               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 06/2022              | 4                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2022              | 12               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2022              | 1                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2022              | 1                | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 03/2022              | 1                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 11/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 10/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 09/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 08/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 07/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 05/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 04/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 03/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 02/2021              | 30               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |
| Sanitas | 01/2021              | 23               | COTIZANTE     | Estado Emergencia   |

| EPS/EOC     | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas     | 01/2021              | 7                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas     | 12/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas     | 11/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 10/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 09/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 08/2020              | 8                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 05/2020              | 4                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 04/2020              | 3                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 03/2020              | 10               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 08/2019              | 1                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 07/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 06/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 05/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 04/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 03/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 02/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 01/2019              | 26               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 03/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 02/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 01/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 12/2017              | 19               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 11/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 10/2017              | 14               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 06/2017              | 5                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 05/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 04/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 03/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 02/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 01/2017              | 22               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 06/2016              | 15               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 05/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Salud Total | 04/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 04/2016              | 0                | 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*        |
|-------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Salud Total | 03/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 02/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 01/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 12/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 11/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 10/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 09/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 08/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 07/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 06/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 05/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Salud Total | 08/2014              | 16               | BENEFICIARIO  | 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.