Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Yolman Herbey Llanos Guevara								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	74376870			
CORREO ELECTRONICO:	yolmanllanos@hotmail.com				CELULAR:	3108739988			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE11I05	50	KE11B05	50					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	26235839970						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1095			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	2026-08-19 10:44:40.000	NÚMERO DE CRP	32639	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-08-01		2026-08-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$10,924,080						
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:	$71,916,858
VALOR EJECUTADO	$71,916,858
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$10,924,080
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
94609963	$3,859,842	$482,480	$617,575	3	$94,026	$1,194,081

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RONALD MEZA COLON
91446480
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

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	Realizar consulta médica y aplicar tratamiento según plan integral de la especialidad.	Nota médica de evolución registrada en historia clínica.
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Diligenciar historia clínica conforme a la normatividad vigente.	Historia clínica completa, firmada y con registro oportuno.
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Historia clínica completa, firmada y con registro oportuno.	Informe estadístico mensual entregado.
4) Participar en la programación de actividades del área.	Participar en reunión de planeación del servicio.	Acta de reunión con registro de asistencia
. 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Notificar evento en plataforma oficial dentro del tiempo establecido.	Formato de notificación diligenciado
6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Reportar incidente y participar en análisis de causa	Reporte de evento adverso con plan de mejora.
7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Indicar órdenes médicas y plan de manejo al equipo asistencial.	Órdenes médicas registradas en historia clínica.
. 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Completar formatos institucionales con criterios de calidad.	Formatos diligenciados correctamente.
. 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Explicar procedimiento y obtener firma del paciente.	Consentimiento informado firmado.
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Realizar consulta de control o revisión clínica.	Registro de seguimiento en historia clínica.
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Brindar explicación sobre diagnóstico y tratamiento.	Registro de educación al paciente en historia clínica.
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Elaborar concepto médico solicitado.	Certificado o concepto médico firmado.
13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Aplicar protocolos y participar en auditorías internas.	Lista de verificación o acta de auditoría.
14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaborar reporte mensual de atenciones realizadas.	Informe mensual firmado y entregado.
15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Elaborar reporte mensual de atenciones realizadas.	Informe mensual firmado y entregado.
16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Custodiar equipos médicos asignados.	Acta de entrega de elementos al finalizar contrato.
. 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Asistir a capacitaciones institucionales.	Certificado o lista de asistencia.
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Aplicar protocolos y lineamientos de la Subred.	Registro de cumplimiento en auditoría.
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Ingresar producción de servicios en plataforma institucional.	Reporte consolidado en sistema.
20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Apoyar recolección de datos clínicos para estudio.	Informe o base de datos entregada.
. 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Verificar cumplimiento de actividades contractuales asignadas.	Informe de supervisión firmado.
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Presentar planilla mensual de aportes. .	Copia de planilla PILA pagada
23)Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Ejecutar actividades adicionales solicitadas por supervisor.	Evidencia escrita o informe de actividad realizada.

Copia Certificada
Subred Suroccidente

RONALD MEZA COLON
91446480
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

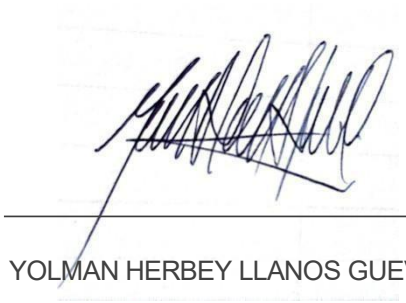
DEBE A:

YOLMAN HERBEY LLANOS GUEVARA

C.C 74.376.870 DE DUITAMA

La suma de $10,924,080 (DIEZ MILLONES NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHENTA pesos M/CTE) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de medicina, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como pediatra ; en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de Pediatría.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de agosto de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1095-2026



YOLMAN HERBEY LLANOS GUEVARA

C.C 74.376.870 DE DUITAMA

Cel: 3108739988

CUENTA DE AHORROS # 26235839970

Banco Bancolombia

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	74376870	YOLMAN HERBEY LLANOS GUEVARA	calle 83 no 102 30 interior 503	3108739988	yolmanllanos@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94609963	27/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$1.200.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	482.500	0		0		0	7	2.600	0	485.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	617.600	0	0	0	0	7	3.300	0	620.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	94.100				94.100	7	500	94.600			941	94.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	482.500	485.100
Pensión	1	617.600	620.900
Riesgos Laborales	1	94.100	94.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.194.200	1.200.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	74376870	YOLMAN HERBEY LLANOS GUEVARA	calle 83 no 102 30 interior 503	3108739988	yolmanllanos@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94609963	27/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$1.200.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 74376870	LLANOS GUEVARA YOLMAN HERBEY	59	0			N								X									230301	3.859.842	30	617.600	0	0	0	0	EPS008	3.859.842	30	482.500	14-23	3.859.842	30	3	94.100		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

5f02ee8a-152d-4df6-a6a9-4ad4c778b1be

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

YOLMAN LLANOS GUEVARA

ha participado y aprobado el:

Curso Virtual de Diagnóstico Precoz del Cáncer en Niños y Adolescentes

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

27 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=5f02ee8a-152d-4df6-a6a9-4ad4c778b1be

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

YOLMAN LLANOS GUEVARA

Aprobó el Curso Virtual de

Detección temprana de cáncer infantil

Con intensidad de 50 horas

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el 27 de Agosto de 2026

DtsGzPbK7

Dra. Carolina Wiesner Ceballos
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología

Bogota D.C.

POSITIVA

COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de afiliaciones, se identificó que el(la) señor(a) **YOLMAN HERBEY LLANOS GUEVARA** identificado(a) con **CC . 74376870** registra la siguiente información:

Documento empleador	Nombre empleador o contratante	Vinculación laboral	Fecha última afiliación	Fecha fin vinculación	Clase riesgo	Estado
NIT-900959048	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E	INDEPENDIENTE	01/02 /2026		3	ACTIVO
NIT-844004197	RED SALUD CASANARE ESE	DEPENDIENTE	16/12 /2008	18/06/2009	3	INACTIVO
NIT-830106376	CORPORACION IPS SALUDCOOP	DEPENDIENTE	01/10 /2014	21/12/2015	0	INACTIVO
		INDEPENDIENTE	08/02 /2025	31/07/2025	3	INACTIVO

Esta certificación se expide a los veinticinco (25) día(s) del mes de agosto de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO	46744738_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	marzo	ilovepdf_merged (27).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	abril	ilovepdf_merged (71).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	mayo	80632921_merged_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	junio.pdf	junio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	julio	ilovepdf_merged - 2026-08-14T185241.035.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Afiliados Compensados

¿Qué es el proceso de compensación en salud?

El proceso de compensación es un mecanismo mediante el cual la ADRES reconoce y gira a las Entidades Promotoras de Salud - EPS los recursos del aseguramiento correspondientes a los afiliados al régimen contributivo y sus beneficiarios. Estos recursos incluyen:

- La Unidad de Pago por Capitación - UPC, destinada a cubrir la atención en salud.
- Los recursos para el pago de incapacidades por enfermedad general de los cotizantes.
- Los recursos para financiar actividades de promoción y prevención (PyP).

Para llevar a cabo este proceso, la ADRES realiza cruces de información entre diversas fuentes, tales como:

- La información reportada por los operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA.
- El recaudo de los aportes en las cuentas maestras de titularidad de la ADRES asignadas a cada EPS.
- La Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.
- Información sobre personas fallecidas, documentos de identificación cancelados o no válid reportados por la Registraduría Nacional del Estado Civil, Migración Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Información de afiliación reportada por las entidades que administran los regímenes especiales y de excepción.

¿Qué significa que un afiliado esté compensado?

¿Qué implicaciones tiene para los afiliados?

¿Qué hacer si aparecen días no compensados?

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin d que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	74376870	LLANOS	GUEVARA	YOLMAN	HERBEY	2023-04	Compensar	BENEFICIARIO
CC	74376870	LLANOS	GUEVARA	YOLMAN	HERBEY	2026-08	Compensar	COTIZAN
CC	74376870	LLANOS	GUEVARA	YOLMAN	HERBEY	2020-05	Sanitas	COTIZA

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN
Compensar	08/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
Compensar	07/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotizaci
Compensar	06/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 115 Registros en 12 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 de Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

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

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

Atención telefónica
Teléfono conmutador: +57 601 432 27 60
Línea gratuita: 01 8000 423 737
Horario de atención: 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.

Atención por correo electrónico
Escríbanos a correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co

Radicación de PQRDS
Escríbanos a correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co o radique su petición a través de este enlace adres.gov.co/portal-del-ciudadano/pqrsd

Notificaciones judiciales:
notificaciones.judiciales@adres.gov.co Exclusivo para notificaciones que provienen de la rama judicial, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 197 de la ley 1437 de 2011.

Denuncias por actos de corrupción:
denunciacorrupcion@adres.gov.co
Línea Anticorrupción: +57 601 432 27 60 de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m.

@AdresColombia

@AdresColombia

@AdresCol

@AdresColombia

Atención presencial — Piso 16

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

Contacto
Teléfono conmutador: + 57 601- 7422208

Radicación - Piso 10

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

Contacto
Teléfono conmutador: Línea de atención telefónica en Bogotá + 57 601- 7422208

Directorio de funcionarios