

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                 | Versión             |                 | 3             |               |  |    |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                         |                                 | Fecha de aprobación |                 | 2/15/2018     |               |                                                                                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                 | Código:             |                 | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                     |    |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                         |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         | Evelin Julieth López Quiñónez   |                     |                 |               |               |                                                                                     |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                         | C.C                             | X                   | C.E             | No.           |               | 1012362932                                                                          |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           |                         | evelin.jlopez@gmail.com         |                     |                 | CELULAR:      |               | 3123327456                                                                          |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                         |                                 |                     |                 | SUBRED        |               |                                                                                     |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         | EQUIPO ATENCION EN CASA KENNEDY |                     |                 | SEDE:         |               | SUBRED                                                                              |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                         |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU44K33-5         | 100                       |                         |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO CAJA SOCIAL S.A.    |                         |                                 |                     | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO        |                                                                                     |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           |                         | 24117804555                     |                     |                 |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                         |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 8382                      |                         |                                 |                     | VIGENCIA        |               | 2022          |                                                                                     |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 143               | FECHA                     | 2023-01-17 16:18:14.000 |                                 | NÚMERO DE CRP       |                 | 5368          | FECHA         | 2023-01-17 20:00:00.000                                                             |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |                         |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                   | FECHA INICIAL                   |                     | HASTA           | FECHA FINAL   |               |                                                                                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         | 2022-09-12                      |                     |                 | 2022-09-30    |               |                                                                                     |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                         |                                 |                     | \$4,311,304     |               |               |                                                                                     |    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         |                                 |                     |                 | \$4,311,304   |               |                                                                                     |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                 |                     |                 | \$4,311,304   |               |                                                                                     |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                         |                                 |                     |                 | \$4,311,304   |               |                                                                                     |    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                 |                     |                 | \$0           |               |                                                                                     |    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                         |                                 |                     |                 | \$0           |               |                                                                                     |    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         |                                 |                     |                 | 100%          |               |                                                                                     |    |
| El intervisor 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 |                                                                                     |    |
| 9439682655 PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                          | \$908,526         | \$113,566                 |                         | \$145,364                       |                     | 3               | \$22,132      | \$281,062     |                                                                                     |    |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                           |                         |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |    |
| YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA<br>52779671<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                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil especializado, profesional, técnico y/o bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Se cumplió con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente. | • Actas de reunión y solicitudes registradas                                                                             |
| 2Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Se realizó sensibilización y educación a todas las familias vistas en el terreno, además de canalizar a otras EPS y notificar los eventos de interés publica como desnutrición, violencia intrafamiliar, ideación suicida etc                                                                                                                                                                      | Bases de caracterización fichas de notificación de eventos de interés pública.                                           |
| 3Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Se generó la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas mediante la valoración médica e integral de todas las familias y así mismo la educación y recomendaciones a todas estas.                                                                                                                                                                                   | • Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo.                                                 |
| 4Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se prestó servicios integrales a todas las familias en los diferentes predios visitados, contando con todos los protocolos de bioseguridad, utilizando los elementos de protección adecuados                                                                                                                                                                                                       | Actas de reunión y solicitudes registradas                                                                               |
| 5Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se asistió a todas las reuniones programadas por la secretaria distrital de salud, grupos focales o por la subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo                                                    |
| 6Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se informó a todos los pacientes sus capacidades de autogestión y liderazgo frente a la movilización social por el derecho a la salud                                                                                                                                                                                                                                                              | Se realizó la entrega de los productos de la intervención veraz y oportunamente, y con la calidad requerida              |
| . Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se realizó la entrega de los productos de la intervención veraz y oportunamente, y con la calidad requerida                                                                                                                                                                                                                                                                                        | • Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo.                                                 |
| 8Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE o SDS, entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se presentaron los soportes de los productos realizados para auditorías programadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo.                                                   |
| 9.Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. ISE cumple con los productos asignados acordes al perfil.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se elaboraron cronogramas mensuales de las actividades realizadas durante el desarrollo del proceso y se hizo cumplimiento de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                          | • Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo.                                                 |
| 10Informar oportunamente sounalidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se informó oportunamente los eventos durante el desarrollo del proceso que pudiera interferir en el cumplimiento de los objetivos establecidos, además de responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                               | • Listados de asistencia, actas de reunión                                                                               |
| 11Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se mantuvo la imagen institucional debido a un porte adecuado del uniforme y chaqueta institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo.                                                   |
| 12. Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se realizó la entrega de los productos de la intervención veraz y oportunamente, y con la calidad requerida                                                                                                                                                                                                                                                                                        | • Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo.                                                 |
| 13. Garantizar la entrega oportuna de los productos de acuerdo a las solicitudes o procedimientos establecidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se realizó la entrega de los productos de la intervención, de acuerdo a las solicitudes o procedimientos establecidos.                                                                                                                                                                                                                                                                             | • Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo.                                                 |
| 14. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se ejerció los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de las actividades del contrato |
| 15. Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o de nivel central.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se asistió a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo                                                                                                                                                                                                                                                                                             | • Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo.                                                 |
| 16 Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se atendieron las solicitudes y se dieron respuesta oportunamente a las quejas y solicitudes asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | • Listados de asistencia, actas de reunión                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                |                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 17. Resguardar y dar un optimo uso a los equipos y/o elementos asigandos para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial. | Se dio un óptimo uso de los equipos y elementos asignados para el cumplimiento de las obligaciones del convenio                                | • Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |
| 18Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio."                                                                                             | Se dio cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo    |

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA  
52779671  
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

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion          | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|----------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| CC 1012362932  |    | LOPEZ QUIÑONEZ EVELIN JULIETH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CR 77K # 68-79 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7969350  | No                    |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago              |           |
|---------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------------|-----------|
| Pensión | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco             | Valor     |
| 2022-08 | 2022-08 | 1644758596 | 9439682655 | I        | 2022/09/08 | 2022/09/08 | BANCO CAJA SOCIAL | \$309,400 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO                                        |                |            | NOVEDADES    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSION |     |     |     | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |             |             | RIESGOS   |      |     |             |           | PARAFISCALES |             |        |          |      |     |             |                       |               |  |     |     |  |  |           |
|-------------------------------------------------|----------------|------------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-------------|-----------|------|-----|-------------|-----------|--------------|-------------|--------|----------|------|-----|-------------|-----------------------|---------------|--|-----|-----|--|--|-----------|
| No.                                             | Identificación | Nombre     | ing          | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | lge | lma | vac | avp     | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte      | Codigo    | Dias         | IBC         | Tarifa | Aporte   | Dias | IBC | Aporte      | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |  |     |     |  |  |           |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)               |                |            |              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |        |      |             |           |        |      |             | \$1,000,000 | \$160,000 |      |     | \$1,000,000 | \$125,000 |              |             | \$0    | \$0      |      |     | \$1,000,000 | \$24,400              |               |  | \$0 | \$0 |  |  | \$309,400 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)      |                |            |              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |        |      |             |           |        |      |             | \$1,000,000 | \$160,000 |      |     | \$1,000,000 | \$125,000 |              |             | \$0    | \$0      |      |     | \$1,000,000 | \$24,400              |               |  | \$0 | \$0 |  |  | \$309,400 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) |                |            |              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |        |      |             |           |        |      |             | \$1,000,000 | \$160,000 |      |     | \$1,000,000 | \$125,000 |              |             | \$0    | \$0      |      |     | \$1,000,000 | \$24,400              |               |  | \$0 | \$0 |  |  | \$309,400 |
| 1                                               | CC             | 1012362932 | LOPEZ EVELIN |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     | 230301 | 30   | \$1,000,000 | \$160,000 | EPS017 | 30   | \$1,000,000 | \$125,000   |           | 0    | \$0 | \$0         | 14-11     | 30           | \$1,000,000 | 2.436% | \$24,400 | 0    | \$0 | \$0         | No                    | \$309,400     |  |     |     |  |  |           |
| Total Afiliados( 1)                             |                |            |              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |        |      |             |           |        |      |             | \$1,000,000 | \$160,000 |      |     | \$1,000,000 | \$125,000 |              |             | \$0    | \$0      |      |     | \$1,000,000 | \$24,400              |               |  | \$0 | \$0 |  |  | \$309,400 |

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion          | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|----------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| CC 1012362932  |    | LOPEZ QUIÑONEZ EVELIN JULIETH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CR 77K # 68-79 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7969350  | No                    |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago              |           |
|---------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------------|-----------|
| Pensión | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco             | Valor     |
| 2022-08 | 2022-08 | 1644758596 | 9439682655 | I        | 2022/09/08 | 2022/09/08 | BANCO CAJA SOCIAL | \$309,400 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$160,000       | \$0            | \$0                    | \$160,000     |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$160,000       | \$0            | \$0                    | \$160,000     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$24,400        | \$0            | \$0                    | \$24,400      |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$24,400        | \$0            | \$0                    | \$24,400      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$125,000       | \$0            | \$0                    | \$125,000     |
| FAMISANAR                | EPS017 | 830,003,564 | 7  | 1         | \$125,000       | \$0            | \$0                    | \$125,000     |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$309,400       | \$0            | \$0                    | \$309,400     |



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EVELIN JULIETH LOPEZ QUIÑONEZ identificado(a) con CC 1012362932 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 03/01/2018

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO

Categoría: B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 20 días del mes septiembre del 2022 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales



CERTIFICA QUE:

EPS FAMISANAR S.A.S.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**EVELIN JULIETH LOPEZ QUIÑONEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.362.932**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Septiembre del 2022.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 20 de septiembre de 2022

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

## CERTIFICA:

Que EVELYN JHULIETH LOPEZ QUIÑONEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012362932 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 14/09/2022

Fecha fin cobertura:

## INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

## ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

## ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

## ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C1012362932226327568

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

20/09/2022 7:39 AM

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**  
**EVELIN JULIETH LOPEZ QUIÑONEZ**  
**CC. 1.012.362.932 DE BOGOTÁ**

La suma de CUATRO MILLONES TRECIENTOS ONCE MIL TRECIENTOS CUATRO PESOS M/CTE. (\$4.311.304) por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como ENFERMERA PROFESIONAL en el área de Gestión de Riesgo en salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo del 12 al 30 de SEPTIEMBRE de 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8382-2022.



**EVELIN JULIETH LOPEZ QUIÑONEZ**

**CC. 1.012.362.932**  
**DE BOGOTÁ**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**  
**NUMERO: 24041693562**