

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                            |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                                                            |                                                   |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                                                            |                                                   |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                            |                                                   |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                            |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                            | Sandra Liliana Beltran Acosta                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                            | C.C                                               | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 53120452   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                            | salilibelt@hotmail.com                            |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3134874830 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                            |                                                   |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                            | PERINATOLOGÍA Y NEONATOLOGÍA OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                                          | Centro de costo                                   | %                   |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10I15           | 80                                                         | KE10L04                                           | 20                  |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A                                       |                                                   |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                                            | 6181166478                                        |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                                                            |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1035                                                       |                                                   |                     | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2932              | FECHA                                                      | 2023-11-29 16:40:51.000                           | NÚMERO DE CRP       | 63191                            | FECHA         | 2023-11-30 13:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | MEDICO ESPECIALISTA- PERINATOLOGA Y ECOGRAFISTA OBSTETRICO |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                            | DESDE                                             | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                            |                                                   | 2023-11-01          |                                  |               | 2023-11-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                            |                                                   | \$11,384,976        |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial                                                |                                                   | RESERVA DE GLOSA 0% |                                  |               | N/A                                                                                 |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                                                            |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                            |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                            |                                                   |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                            |                                                   |                     |                                  | \$113,849,760 |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                            |                                                   |                     |                                  | \$113,849,760 |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                            |                                                   |                     |                                  | \$11,384,976  |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 72045072                                                                                                                                                                                                                                                     | \$4,553,990       | \$569,249                                                  | \$728,638                                         | 3                   | \$110,935                        | \$1,408,822   |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                   |                                                            |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR<br>51960113<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. Realizar ecografías obstétricas y actividades en medicina materno fetal. El pago de la hora por las actividades realizadas en ecografía y en perinatología en Ginecología y Obstetricia                                                                                                                                                                                                                 | Realicé ecografías obstétricas y actividades en Medicina Materno Fetal. El pago de la hora por las actividades realizadas en ecografía y en Perinatología en Ginecología y Obstetricia.                                                                                                                                                                                                                 | Cumplí en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio. Anexé la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos. |
| 2. Cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio. Anexar la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos.                                                                                                  | Cumplí en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio. Anexé la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos.                                                                                                    | Se anexa planillas de pagos que van soportados en la cuenta de cobro.                                                                                                                                                                                                                                |
| 3. Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio. "                                                                                                                                                                                                                                                       | Dispuse de la actitud de servicio de acuerdo con la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                        | Atención y asesoría a las pacientes que ingresan por urgencias de sala de partos, consulta externa, cirugía y ecografía.                                                                                                                                                                             |
| 4. Reportar y elaborar fichas de morbilidad - mortalidad, diligenciar correctamente los formatos de las historias clínicas en su totalidad con los códigos CIE 10, Llevar correctamente los registros en los sistemas informáticos correspondientes. Diligenciar correctamente el RUAF de los recién nacidos y mortalidades.                                                                               | Reporté y elaboré fichas de morbilidad - mortalidad. Diligenciar correctamente los formatos de las historias clínicas en su totalidad con los códigos CIE 10. Llevaré correctamente los registros en los sistemas informáticos correspondientes. Diligenciaré correctamente el RUAF de los recién nacidos y mortalidades.                                                                               | Fichas de morbilidad que se entregan al servicio de epidemiología.                                                                                                                                                                                                                                   |
| 5. Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, urgencias, cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. Codificar correctamente los procedimientos quirúrgicos CUPS. Llevar los registros de los procedimientos del servicio en los libros. | Realicé procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de los conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, Urgencias, cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. Codifiqué correctamente los procedimientos quirúrgicos CUPS. Llevaré los registros de los procedimientos del servicio en los libros. | Libro radicador con los procedimientos realizados e historia clínica con toda la información.                                                                                                                                                                                                        |
| 6. Participar en diferentes estudios de investigación realizados en el servicio. Colaborar para la elaboración, actualización de las guías de manejo del servicio. Dictar, asesorar, colaborar con la evaluación docente-asistencial.                                                                                                                                                                      | Participé en diferentes estudios de investigación realizados en el servicio. Colaboré para la elaboración, actualización de las guías de manejo del servicio. Dictar, asesorar, colaborar con la evaluación docente - asistencial.                                                                                                                                                                      | Guías de manejo que se encuentran en el servicio y en el aplicativo de ALMERA.                                                                                                                                                                                                                       |
| 7. Asistir a reuniones programadas por el servicio para capacitación y actualización. Asistir a los diferentes comités programados en la institución por el líder del proceso.                                                                                                                                                                                                                             | Asistí a reuniones programadas por el servicio para capacitación y actualización. Asistí a los diferentes comités programados en la institución por el líder del proceso.                                                                                                                                                                                                                               | Actas de reuniones y capacitaciones que realiza el servicio y el hospital.                                                                                                                                                                                                                           |
| 8. Elaborar solicitud de procedimientos y tratamientos, remisiones de los pacientes durante su turno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Elaboré solicitud de procedimientos y tratamientos, remisiones de los pacientes durante su turno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Formatos de remisiones y solicitud de procedimientos que se dejan como evidencia en la historia clínica.                                                                                                                                                                                             |
| 9. Realizar las interconsultas solicitadas durante el turno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Realicé las interconsultas solicitadas durante el turno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Libro radicador que se encuentra en la rotonda del hospital y registro en la historia clínica de la solicitud.                                                                                                                                                                                       |
| 10. Cumplir con las labores asignadas durante el turno como evolución, cirugías, consultas y sala de partos.                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Cumplí con las labores asignadas durante el turno como evolución, cirugías, consultas y sala de partos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se evidencia en la historia clínica atención de la paciente.                                                                                                                                                                                                                                         |
| 11. Realizar actividades académicas con los estudiantes, internos y residentes de primera y segunda especialidad que roten por el servicio de Ginecología, Obstetricia y Medicina Materno Fetal.                                                                                                                                                                                                           | Realicé actividades académicas con los estudiantes, internos y residentes de primera y segunda especialidad que roten por el servicio de Ginecología, Obstetricia y Medicina Materno Fetal.                                                                                                                                                                                                             | Actas de actividades con los estudiantes, evaluaciones y cronograma de charlas que tiene el coordinador académico.                                                                                                                                                                                   |
| 12. Velar por el cumplimiento de notificación de eventos públicos de notificación obligatoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Velé por el cumplimiento de notificación de eventos públicos de notificación obligatoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Registros que dispone la oficina de epidemiología.                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 13. Hacer acompañamiento y entrenamiento al personal del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Hice acompañamiento y entrenamiento al personal del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Acompañamiento y entrenamiento al personal del servicio.                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14. Colaborar con las respuestas a los entes de control cuando fuere necesario.                                                                                                                        | Colaboré con las respuestas a los entes de control cuando fuere necesario.                                                                                                                        | Soportes de respuestas que quedan en la coordinación del servicio.                           |
| 15. Reportar los eventos adversos que se presenten durante la prestación del servicio. Dar cumplimiento a las políticas de uso racional de antibióticos.                                               | Reporté los eventos adversos que se presenten durante la prestación del servicio. Di cumplimiento a las políticas de uso racional de antibióticos.                                                | Registro que tiene la oficina de seguridad del paciente.                                     |
| 16. Propender para que el nivel de glosas del servicio sea lo menos posible al no solicitar exámenes no pertinentes, de igual forma evitar tener falencias en el trámite de solicitudes de órdenes.    | Propende para que el nivel de glosas del servicio sea lo menos posible al no solicitar exámenes no pertinentes, de igual forma evitar tener falencias en el trámite de solicitudes de órdenes.    | Diligenciamiento correcto de la historia clínica.                                            |
| 17. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. | Velé por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución y demás equipos y elementos del hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. | Equipos que se utilizan en el servicio y se encuentran en óptimas condiciones para utilizar. |
| 18. Cumplir con el reglamento interno de trabajo, higiene, seguridad y salud ocupacional. Velar por los recursos dados en préstamo.                                                                    | Cumplí con el reglamento interno de trabajo, higiene, seguridad y salud ocupacional. Velar por los recursos dados en préstamo.                                                                    | Utilicé elementos de protección y ropa quirúrgica necesarios para la atención.               |

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR  
51960113  
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 DEL APORTANTE |                   |                               |        |                  |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           |                                           |
| CC                  | 53120452          | SANDRA LILIANA BELTRAN ACOSTA |        | CALLE 18 N 14-63 | 3134874830         |                                           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       | SI                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2023-11              | 2023-11                           | I             | 04/12/2023               | 72151300        | TOTAL A PAGAR    |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$1.409.000      |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 569.300                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 569.300       | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 728.700                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 728.700       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-25                     | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 111.000                |                  |       |                        | 111.000               | 0         | 0                     | 111.000             |                            |                     | 1.110             | 111.000       | 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                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 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                              | 569.300                             | 569.300       |
| Pensión                | 1                              | 728.700                             | 728.700       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 111.000                             | 111.000       |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 1.409.000                           | 1.409.000     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 53120452          | SANDRA LILIANA BELTRAN ACOSTA |        | CALLE 18 N 14-63 | 3134874830         | salilibelt@hotmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                               |        |                  |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                               |        |                  |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2023-11              | 2023-11                           | I             | 04/12/2023               | 72151300        | \$1.409.000   |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |    |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|----|----|----|-------|----|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    |    |    |    | SALUD |    |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MA | MA | MA | MA | MA | MA    | MA | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS     | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 53120452              | BELTRAN ACOSTA SANDRA LILIANA | 59        | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |    | 25-14    | 4.553.990         | 728.700    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005       | 4.553.990 | 569.300                | 14-25    | 4.553.990 | 3               | 111.000    |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

SANDRA LILIANA BELTRAN ACOSTA

NIT: 53120452-3

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

CL 18 14 63, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 0000000

Autorización facturación electrónica No. 18764051602062 válida desde 2023-07-10 hasta 2024-01-10 rango desde FSM66 hasta FSM100.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/12/2023 hasta: 31/12/2023.

**Cliente:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.  
**NIT:** 900959048  
**Dirección:** Cll 9 # 39 - 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia  
**Teléfono:** 5717560505  
**Email:** opshokginecoped@gmail.com

**Forma de Pago:** Contado  
**Medio de Pago:** Consignación bancaria  
**Fecha de Pago:** 05/01/2024  
**Total de Líneas:** 2

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:**

FSM75

**MONEDA:** COP Colombia, Pesos

**HORA EMISIÓN:** 20:39:10

**FECHA FIRMADO:** 11/12/2023 20:39:13

**FECHA DE EMISIÓN**

**FECHA DE VENCIMIENTO**

| DIA | MES | AÑO  | DIA | MES | AÑO  |
|-----|-----|------|-----|-----|------|
| 11  | 12  | 2023 | 31  | 12  | 2023 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                | U. MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO U.   | IVA | DCTO. | TOTAL          |
|---|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------|-----|-------|----------------|
| 1 | SMKP   | Servicios Médicos Perinatología - Medicina Materno Fetal<br>Servicios Médicos de Perinatología - Medicina Materno Fetal (HOSPITAL KENNEDY) | WSD       | 96,00    | \$93.888,00 |     | 0,00  | \$9.013.248,00 |
| 2 | SMKE   | Servicios Médicos Ecografía<br>Servicios Médicos de Ecografía (HOSPITAL DE KENNEDY)                                                        | WSD       | 24,00    | \$98.822,00 |     | 0,00  | \$2.371.728,00 |

**Notas:**

Facturación de Perinatología - Medicina Materno Fetal y Ecografía mes de diciembre 2023

**SON:** (once millones trescientos ochenta y cuatro mil novecientos setenta y seis pesos )

**CUFE:** 68323e7e25f1f24e96788ef8585f4f4a74b4361779bb6de1b2b1043efa9f2a847b31154c7f918922c83a73c0cca895a6

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Subtotal:</b>              | \$11.384.976,00 |
| <b>Cargos:</b>                | \$0.00          |
| <b>Descuento:</b>             | \$0.00          |
| <b>Total de la operación:</b> | \$11.384.976,00 |
| <b>Total:</b>                 | \$11,384,976.00 |

**Firma Digital:** meHBIXtb8+OTf0Vlg+S2Jxgmz7UitXXskLJ9paadlt7BEQfiBmkGgmu6JYj4d2H09  
ey3Ew9gLrDbLC0oK+4ReCOZunu0VAgHXBRdVT0AvXC1sdzhXM0  
Dv5WG2CHAttOA Br4SjkB7/5PZAD8KWCT1yDvMCPbp/02/nxYYhEhfSJie6nlMC1P1BB66uGpswTYJ erimEBAwMAK7N35ypjAc4gQV2u5IM33+POo  
jX79acFHewpCbsk362N0Oux8+dA+w 3SNEI3fPf+QuwsbqQklabrn+T/lrl0Vw9mxtkwgebCHjHUhD8fiokd9LIOBFGO M3wC0IzTSa1cAGkkE8PX  
rQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/12/2023 hasta: 31/12/2023.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

