

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                               |                                                      |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                       |                   |                               |                                                      |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                               | Betsy Paola Rivera Escalante                         |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                               | C.C                                                  | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 1083468065              |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                               | bprivera@fucsalud.edu.co                             |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 5878933                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                               |                                                      |                        | SUBRED                           |              |                                                                                     |                         |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                               | URG URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED                  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Centro de costo   | %                             | Centro de costo                                      | %                      |                                  |              |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | KE11B05           | 70                            | KE11I05                                              | 30                     |                                  |              |                                                                                     |                         |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                                                                   | BANCOLOMBIA S.A   |                               |                                                      |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |                         |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                               | 31720279986                                          |                        |                                  | PENSIONADO   |                                                                                     | NO                      |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                       |                   |                               |                                                      |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 3560                          |                                                      |                        | VIGENCIA                         |              | 2024                                                                                |                         |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 164               | FECHA                         | 2025-01-20 17:27:32.000                              |                        | NÚMERO DE CRP                    | 6425         | FECHA                                                                               | 2025-01-20 18:10:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA |                                                      |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               | DESDE                                                | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                               |                                                      | 2024-11-01             |                                  |              | 2024-11-30                                                                          |                         |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                               |                                                      |                        | \$7,896,768                      |              |                                                                                     |                         |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                               |                                                      |                        |                                  | \$80,612,840 |                                                                                     |                         |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                               |                                                      |                        |                                  | \$76,006,392 |                                                                                     |                         |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                               |                                                      |                        |                                  | \$7,896,768  |                                                                                     |                         |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                               |                                                      |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |                         |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                               |                                                      |                        |                                  | \$4,606,448  |                                                                                     |                         |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                               |                                                      |                        |                                  | 94%          |                                                                                     |                         |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:<br>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                                                                       |                         |
| 81712253                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$3,158,707       | \$394,838                     |                                                      | \$505,393              | 3                                | \$76,946     | \$977,178                                                                           |                         |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                                                                    |                   |                               |                                                      |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA<br>35589089<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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.                                                                                                   | Se prestó el servicio como Pediatra en los servicios de urgencias y hospitalización de acuerdo a la programación de actividades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Queda registro en planilla de programación de turnos                                                                                                                                                            |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                              | "Cumplir con el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes guardando el secreto profesional "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | "Diligenciando historia clínica de forma adecuada de los pacientes en el aplicativo DINAMICA "                                                                                                                  |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | "Cubrimiento para al programa de Atención Hospitalaria, con el fin de prestar servicios con calidad y eficiencia a los pacientes en el servicio de Urgencias Pediatría y en el área de Hospitalización, cuando se requiera de sus servicios, con el fin de dar cumplimiento a los convenios y contratos con las diferentes entidades tales como el SOAT, ASR, FFD y EPS. De conformidad a la moral y de manera eficaz y oportuna. Receptividad y buen trato al paciente y a los compañeros, conocimiento y destreza los procedimientos del área para lo cual se hace la contratación. " | "Se realiza revista medica programada en los servicios asignados "                                                                                                                                              |
| 4) Participar en la programación de actividades del área.                                                                                                                                                                                                                   | "Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | "Presenta actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios y valores institucionales para realizar la prestación del servicio "                                                                   |
| 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                                                                                                               | "Reportar eventos de notificación obligatoria "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | "Se realiza diligenciamiento de las diferentes fichas de notificación de acuerdo al protocolo "                                                                                                                 |
| 6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                     | "Informar a la jefatura del Departamento sobre inconvenientes presentados en la prestación del servicio. Buscar y aportar soluciones para mejorar la calidad y oportunidad del mismo. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | "Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la presentación del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio. "                                  |
| 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.                                                                                                                                                                                | "Informar al personal encargado de las indicaciones medicas dispuestas para el tratamiento "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | "Se dan las instrucciones para el manejo médico y tratamientos a realizar de acuerdo a las necesidades del paicnete. "                                                                                          |
| 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.                                                                                                                                   | "Llenar a cabalidad los formatos de las historias clinicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clinicas de la institucion respaldando toda actuacion con su firma y sello. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | "Diligenciamiento de formato de software ""dinámica"" "                                                                                                                                                         |
| 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.                                                                                                                                                                                                         | "Diligenciamiento de formato de software ""dinámica"" "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | "Cumplimiento de los procesos de la subred "                                                                                                                                                                    |
| 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                 | "Realizar control y seguimiento de paciente hospitalizado o de urgencias en el transcurrir de área en la que se trabaja y se encuentra el paciente "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | "Se realiza seguimiento y control de paciente de hospitalización o urgencias "                                                                                                                                  |
| 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                        | "Se realiza seguimiento y control de paciente de hospitalización o urgencias "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | "Se informa al familiar y al paciente de su evolución y manejo a seguir "                                                                                                                                       |
| 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.                                                                                                                                                                                                                           | "Se informa al familiar y al paciente de su evolución y manejo a seguir "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | "Se da el concepto médicos en la evolución y manejo del paciente consignados en la historia clínica "                                                                                                           |
| 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                               | "Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Urgencias y Hospitalización. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | "Se desarrollan las actividades de acuerdo al cumplimiento de las normas del SOGC "                                                                                                                             |
| 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.                                                                                                   | Se realiza trabajo asistencial con atención de pacientes, los cuales quedan registrados en historia clínica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Registro de evoluciones en historia clínica                                                                                                                                                                     |
| 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                         | Registro de evoluciones en historia clínica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | "Usar de forma adecuada los elementos asignados para la atención de los pacientes, así mismo cuidar de los instrumentos donde se realizan las evoluciones y demás elementos para la atención de los pacientes " |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                          | Participar en jornadas de capacitación y reuniones. Se partiucipa en el asegurate del mes                                                                                                               | Participación en reuniones y capacitaciones, así mismo en las actividades de acreditación. Se diligencia link de asistencia.                                                                            |
| 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                                                                | Participación en reuniones y capacitaciones, así mismo en las actividades de acreditación. Se diligencia link de asistencia.                                                                            | "Cumplimiento de los procesos de la subred "                                                                                                                                                            |
| 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales                                                                                                                                                                                           | "Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención. "                                                        | "Apoye en las actividades interinstitucionales acorde a mi perfil profesional . "                                                                                                                       |
| 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                                                                                                                                                                     | "Se registra las actividades realizadas atreves de diligenciamiento de la historia clínica en la atención de servicios médicos con los pacientes atendidos tanto en urgencias como en hospitalización " | "Se registra las actividades realizadas atreves de diligenciamiento de la historia clínica en la atención de servicios médicos con los pacientes atendidos tanto en urgencias como en hospitalización " |
| 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.                                                                                                                                        | "Se registra las actividades realizadas atreves de diligenciamiento de la historia clínica en la atención de servicios médicos con los pacientes atendidos tanto en urgencias como en hospitalización " | "Cumplimiento de los procesos de la subred "                                                                                                                                                            |
| 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado                                                                                                                                                                                                                                             | "No aplica "                                                                                                                                                                                            | "No aplica "                                                                                                                                                                                            |
| 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                                                                                       | Entrega de la constacia de de afiliación de SALUD, PENSIÓN Y RIEGSOS PROFESIONALES                                                                                                                      | Entrega de la constacia de pago de seguridad social; SALUD, PENSIÓN Y RIEGSOS PROFESIONALES                                                                                                             |
| 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                     | "Realizar actividades asignadas acorde a perfil profesional propuesto "                                                                                                                                 | "Realizar actividades asignadas acorde a perfil profesional propuesto "                                                                                                                                 |
| <p style="text-align: center;">ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA<br/>35589089<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |
| <p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p> |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                              |        |                |                    |                         |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                  |
| CC                                  | 1083468065        | BETSY PAOLA RIVERA ESCALANTE |        | crr 63 # 68-40 | 3213475766         | bprivera@fucsaud.edu.co |
| 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    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2024-10              | 2024-10                           | I             | 12/11/2024               | 81712253        | TOTAL A PAGAR    |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$2.636.600      |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 1.032.000              | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 1.032.000     | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 1.320.900              | 0                          | 0                           | 41.300                   | 41.300                    | 0         | 0                     |                | 1.403.500     | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 201.100                |                  |       |                        | 201.100               | 0         | 0                     | 201.100             |                            |                     | 2.011             | 201.100       | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |     |              |           |
|---------------|--------|--|--|--|-----|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |

| 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                              | 1.032.000                           | 1.032.000     |
| Pensión                | 1                              | 1.403.500                           | 1.403.500     |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 201.100                             | 201.100       |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 2.636.600                           | 2.636.600     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                |                    |                          |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|----------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                   |
| CC                  | 1083468065        | BETSY PAOLA RIVERA ESCALANTE |        | crf 63 # 68-40 | 3213475766         | bprivera@fucsalud.edu.co |
| 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           |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             |
|                      |                                   |               |                          |                 | 0             |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2024-10              | 2024-10                           | I             | 12/11/2024               | 81712253        | \$2.636.600   |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |           |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |     |     |         |     |    |            |           |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|--------|-----------|-----------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|---------|-----|----|------------|-----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |           |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      |     |     |     | PENSIÓN |     |    |            |           |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante | Sueldo | Excedente | Exonerado | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA | APP     | VCT | RL | CORRECCIÓN | 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   | 1083468065            | RIVERA ESCALANTE BETSY PAOLA | 59        | 0      |           | N         |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |     |     |         |     |    | 230301     | 8.255.300 | 1.320.900 | 0          | 0                    |                      | 41.300                         | 41.300                          | EPS005   | 8.255.300 | 1.032.000              | 14-11    | 8.255.300    | 3               | 201.100    |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

Representación Gráfica

Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**  
c1aec8591f2ada7e6429a983917d3c41c0506f25853addf99ed78a018589b4269339ee751e1d862dc3db7f317233cb6a

**Número de Factura:** BPRE-96

**Fecha de Emisión:** 13/11/2024

**Fecha de Vencimiento:** 13/11/2024

**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado

**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria

**Orden de pedido:**

**Fecha de orden de pedido:**

Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** RIVERA ESCALANTE BETSY PAOLA

**Nombre Comercial:** RIVERA ESCALANTE BETSY PAOLA

**Nit del Emisor:** 1083468065

**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural

**Régimen Fiscal:**R-99-PN

**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia

**Departamento:** Bogotá

**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.

**Dirección:** Cra. 63 # 68-40 Torre 2 apto 1106 Conjunto K68

**Teléfono / Móvil:** 3213475766

**Correo:** betcarfran@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

**Tipo de Documento:** NIT

**Número Documento:** 900959048

**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica

**Régimen fiscal:** R-99-PN

**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia

**Departamento:** Bogotá

**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.

**Dirección:** CL 9 39-46

**Teléfono / Móvil:** 7560505

**Correo:** apoyosede7@subredsureccidente.gov.co

Detalles de Productos

| Nro. | Código   | Descripción                                     | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS |   |     |   | Precio unitario de venta |
|------|----------|-------------------------------------------------|-----|----------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------|---|-----|---|--------------------------|
|      |          |                                                 |     |          |                 |                   |                 | IVA       | % | INC | % |                          |
| 1    | 85121200 | Servicios de médicos especialistas en pediatría | HUR | 96,00    | \$ 82.258,00    | \$ 0,00           | \$ 0,00         |           |   |     |   | \$ 7.896.768,00          |

Notas Finales

Prestación de servicios como médico especialista en pediatría en el área de urgencias y hospitalización de la USS Patio Bonito, Tintal, del 1 al 30 de noviembre de 2024.

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:  
13/11/2024 07:44:52  
Documento validado por la DIAN:  
13/11/2024 07:44:53  
XML Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
800197268  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nit:800197268

Numero de Autorización: 18764081478456

Rango desde: 94

|                |     |
|----------------|-----|
| MONEDA         | COP |
| TASA DE CAMBIO |     |

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Subtotal               | 7.896.768,00           |
| Descuento detalle      | 0,00                   |
| Recargo detalle        | 0,00                   |
| Total Bruto Factura    | 7.896.768,00           |
| IVA                    | 0,00                   |
| INC                    | 0,00                   |
| Bolsas                 | 0,00                   |
| Otros impuestos        | 0,00                   |
| Total impuesto (=)     | 0,00                   |
| Total neto factura (=) | 7.896.768,00           |
| Descuento Global (-)   | 0,00                   |
| Recargo Global (+)     | 0,00                   |
| Total factura (=)      | COP \$ \$ 7.896.768,00 |

Valores informativos

|           |      |
|-----------|------|
| ANTICIPOS |      |
| Anticipos | 0,00 |

|             |      |
|-------------|------|
| RETENCIONES |      |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA    | 0,00 |
| Rete ICA    | 0,00 |

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC     | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| CC                  | 1083468065            | RIVERA          | ESCALANTE        | BETSY         | PAOLA          | 2024-10                   | EPS SANITAS | COTIZANTE       |
| CC                  | 1083468065            | RIVERA          | ESCALANTE        | BETSY         | PAOLA          | 2014-03                   | NUEVA EPS   | BENEFICIARIO    |
| CC                  | 1083468065            | RIVERA          | ESCALANTE        | BETSY         | PAOLA          | 2022-06                   | NUEVA EPS   | COTIZANTE       |

| EPS/EOC     | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS SANITAS | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC     | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS SANITAS | 07/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 06/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 05/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 04/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 03/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 02/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 11/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 10/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 09/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 08/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 07/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 05/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 04/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 03/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 02/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 01/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 12/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 11/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 10/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 09/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 08/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 07/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 06/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 05/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 04/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 03/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 02/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 01/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 12/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS   | 11/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| NUEVA EPS | 10/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 09/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 08/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 07/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 06/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 05/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 04/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 03/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 02/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 01/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 12/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 11/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 10/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 09/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 08/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 07/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 06/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 05/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 04/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 03/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 02/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 01/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 12/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 11/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 10/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 09/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 08/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 07/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 06/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 05/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 04/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 03/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 02/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| NUEVA EPS | 01/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 12/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 11/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 10/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 09/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 08/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 07/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 06/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 05/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 04/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 03/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 02/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 01/2016              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 12/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 11/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 10/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 09/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 08/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 07/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 06/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 05/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 04/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 03/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 02/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 01/2015              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 12/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 11/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 10/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 09/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 08/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 07/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 06/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 05/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| NUEVA EPS | 04/2014              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 03/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 03/2014              | 0                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 02/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 02/2014              | 0                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 01/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 12/2013              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 11/2013              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| NUEVA EPS | 10/2013              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación \*\*” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.