

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | LUZ MIRIAN GUAUQUE DUEÑAS                        |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                              | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52431409 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | lumigudu@hotmail.com                             |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 5425547  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                  |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |          |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | U. ESP UCI PEDIÁTRICA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED   |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        | Centro de costo                                  | %                   |                                  |               |                                                                                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE11J03           | 70                       | KE11J06                                          | 30                  |                                  |               |                                                                                     |          |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                                  |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |          |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 570076190                                        |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO       |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3395                     |                                                  |                     | VIGENCIA                         |               | 2024                                                                                |          |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 164               | FECHA                    | 2025-01-20 17:27:32.000                          | NÚMERO DE CRP       | 7228                             | FECHA         | 2025-01-20 18:10:00.000                                                             |          |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | TERAPEUTA RESPIRATORIA   |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                            | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  | 2025-01-01          |                                  |               | 2025-01-31                                                                          |          |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                  | \$3,688,938         |                                  |               |                                                                                     |          |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                  |                     |                                  | \$48,458,630  |                                                                                     |          |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  |                     |                                  | \$47,480,480  |                                                                                     |          |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                  |                     |                                  | \$3,688,938   |                                                                                     |          |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |          |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                  |                     |                                  | \$978,150     |                                                                                     |          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                  |                     |                                  | 98%           |                                                                                     |          |
| 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 |                                                                                     |          |
| 9479100497                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,475,575       | \$184,447                | \$236,092                                        | 3                   | \$35,945                         | \$456,484     |                                                                                     |          |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. 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                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.                                                                    | Consulta de atención y apoyo terapéutico, inhaloterapia, rehabilitación, ventilación mecánica, toma de muestras respiratorias, gases sanguíneos.                                                                           | Historia Clínica Dinámica. Pacientes de UCI PEDIATRICA.                                                          |
| Ejecución del plan individual de habilitación / rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y / o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio.                       | Consulta de atención y apoyo terapéutico, inhaloterapia, rehabilitación, ventilación mecánica, toma de muestras respiratorias, gases sanguíneos.                                                                           | Historia Clínica Dinámica. Pacientes UCI PEDIATRICA                                                              |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes,                                                                                                                                           | Diligenciar Historia Clínica , explicación de procedimientos ( Consentimiento informado )                                                                                                                                  | Historia Clínica Dinámica. Pacientes UCI PEDIATRICA.                                                             |
| Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado,                                    | Registros Historia Clínica, comunicación equipo interdisciplinario, entrega de turno.                                                                                                                                      | Historia Clínica Dinámica- libro de entrega de turno. Pacientes UCI PEDIATRICA                                   |
| informar al usuario su familia o cuidador las actividades que debe seguir al inicio de su proceso de habilitación / rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso                                                        | Educación al paciente y/o familia.                                                                                                                                                                                         | Historia Clínica Dinámica                                                                                        |
| Llevar registro de la atención de las 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 | Libros de registro y formatos de estadística –Informe de sala ERA – Envíos de correos con reportes.                                                                                                                        | Libros de registros actividades formatos de estadística – Historia Clínica Dinámica y correos electrónicos.      |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred.                                                                                                                                                                                            | Participación asegúrate del mes, actividades de humanización y auditorias de entrega de turno, asistencia encuentros de aprendizaje.                                                                                       | Diligenciamiento de encuestas, asistencia a capacitaciones.                                                      |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                               | Reportes de Sala ERA - Correos electrónicos con reportes – Toma de muestras respiratorias                                                                                                                                  | TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS.                                                                                  |
| 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.                                                                      | Ejecutar acciones preventivas- Plan de mejoramiento- Reportes de Seguridad del paciente- participación en Encuentro de aprendizaje continuo de Rehabilitación y/o Terapia Respiratoria socialización sucesos de seguridad. | Reportes de seguridad del paciente- Planes de mejora – Listado de asistencia – Encuentro de aprendizaje continuo |
| Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.                                                                                                                                                                            | Ejecutar acciones preventivas de acuerdo a la educación del paciente y/o familia Socialización de deberes y derechos.                                                                                                      | Evoluciones en Historia Clínica Dinámica.                                                                        |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                  | Registro de Historia clínica : EVCARD / HETR/ CSERA/ REGISTRO GASES/ Libros de Registro                                                                                                                                    | Historia Clínica Dinámica. Libros de Registro                                                                    |
| Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.                                                                                                                                                              | Consulta de atención y apoyo Terapéutico                                                                                                                                                                                   | Historia Clínica Dinámica.                                                                                       |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición , plan de manejo y atención                                                                                                                                                                          | Educación al paciente y/o familia- Socialización de deberes y derechos.                                                                                                                                                    | Encuentro continuo de Aprendizaje.                                                                               |
| Participación en la actualización e implementación de guías de manejo , protocolos y procedimientos requeridos en el servicio                                                                                                                             | Participación en la actualización e implementación de guías de manejo. Participación en Encuentro de aprendizaje continuo de Rehabilitación y/o Terapia Respiratoria.                                                      | Historia Clínica Dinámica- Almera – lista de asistencia Encuentro de aprendizaje continuo de Rehabilitación      |
| informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación / rehabilitación del usuario, así como los insumos materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades                                                  | Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad                                                                                                                                        | Historia Clínica Dinámica. Reporte de sucesos de seguridad                                                       |
| Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.                                                                                                               | Registro en Historia Clínica. Libros de Registro Entrega de turno- Toma de muestras respiratorias – Extubaciones – Formatos de Trazabilidad ventiladores – Lista de chequeo- Limpieza y desinfección. Inventario, Stock    | Historia Clínica Dinámica – Libros de registro y listas de chequeo UCI PEDIATRICA                                |
| Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.                                                                                                                         | Participación en investigación e identificación de necesidades en el manejo de pacientes en Unidad de análisis temático de por parte de Rehabilitación y/o Terapia Respiratoria.                                           | Encuentro continuo de Aprendizaje.                                                                               |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.                                                                                                                                                                                         | No aplica                                                                                                                                                                                                                  | No aplica                                                                                                        |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur occidente,                                                                                                                   | Registros de Historia Clínica Dinámica, aplicar procesos de Manual de calidad.                                                                                                                                             | Historia Clínica Dinámica –Almera                                                                                |

|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Registro de actividades realizadas por el contratista en Historia Clínica, formato de Registro entrega de turno, Toma de muestras respiratorias, censo diario, Trazabilidad ventiladores, Lista de chequeo de Limpieza y desinfección. Inventario | Listas de inventarios, trazabilidad de ventiladores, tomas de muestras respiratorias |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación de contrato.        | Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos.                                                                                                                                                                      | Inventario, reportes a coordinación y /o a mantenimiento.                            |
| participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                       | Asistir a Capacitaciones y reuniones convocadas.                                                                                                                                                                                                  | Asegúrate y Conversatorio de Calidad                                                 |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                         | Aplicación de guías de manejo, protocolos, procedimientos, listas de chequeo.                                                                                                                                                                     | Historia Clínica Dinámica, Almera                                                    |
| Entregar la constancia de afiliación y pago del sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                 | Entrega mensual con cuenta de cobro                                                                                                                                                                                                               | Entrega de soporte de pago de seguridad social digital del mes de DICIEMBRE          |
| Realizar las demás actividades que sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                 | Actividades afines con la naturaleza del contrato                                                                                                                                                                                                 | Se cumplieron con todas Actividades afines con la naturaleza del contrato            |

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA  
35589089  
Supervisor

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

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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                           |                 |                    |                 |                     |            |                       |           |
|-----------------------------------|---------|---------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------------|------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social              | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección       | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 52431409                       |         | GUAUQUE DUERAS LUZ MIRIAN | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cl 69b 105 h 23 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 9335777    | Si                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                           |                 |                    |                 |                     |            |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                     |                 | Tipo               | Fecha           |                     | Pago       |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                      |                 | Planilla           | Planilla        | Limite              | Pago       | Banco                 | Valor     |
| 2024-12                           | 2024-12 | 1210342306                |                 | 9479100497         | I               | 2025/01/07          | 2025/01/21 | BANCO DAVIVIENDA      | \$490,800 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |          |             |       |             |             |           |        |             |             |           |       |             |             |          |       |             |             |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|-------------|-------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|-------|-------------|-------------|----------|-------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |          | PENSION     |       |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |       |             |             | RIESGOS  |       |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres  | Codigo      | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo   | Dias  | IBC         | Aporte      | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |          |             |       | \$1,476,000 | \$236,200   |           |        | \$1,476,000 | \$184,500   |           |       | \$1,476,000 | \$29,600    |          |       | \$1,476,000 | \$36,000    |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |          |             |       | \$1,476,000 | \$236,200   |           |        | \$1,476,000 | \$184,500   |           |       | \$1,476,000 | \$29,600    |          |       | \$1,476,000 | \$36,000    |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |          |             |       | \$1,476,000 | \$236,200   |           |        | \$1,476,000 | \$184,500   |           |       | \$1,476,000 | \$29,600    |          |       | \$1,476,000 | \$36,000    |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 52431409 | GUAUQUE LUZ | 25-14 | 30          | \$1,476,000 | \$236,200 | EPS005 | 30          | \$1,476,000 | \$184,500 | CCF24 | 30          | \$1,476,000 | \$29,600 | 14-11 | 30          | \$1,476,000 | \$36,000     | 30  | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |          |             |       | \$1,476,000 | \$236,200   |           |        | \$1,476,000 | \$184,500   |           |       | \$1,476,000 | \$29,600    |          |       | \$1,476,000 | \$36,000    |              | \$0 | \$0    |     |



Unidad de Afiliados con la información de afiliados con que cuenta el Ministerio de Salud y Protección Social y la Entidad que haga sus veces, con la información de los aportes al sistema de salud registrados en la Planilla Integrada de Autoliquidación de Aportes (PILA) y con la del recaudo de aportes de las cuentas maestras.

Expuesto lo anterior, en la consulta de Afiliados Compensados encuentra la información de los periodos de los afiliados que han superado el proceso de validaciones mencionado, es decir, que han sido objeto de la compensación. Tenga en cuenta que la información contenida en este reporte no se actualiza inmediatamente con el pago de la planilla PILA, ya que la liquidación del reconocimiento a favor de las EPS y EOC no depende exclusivamente de dicha planilla.

Finalmente, es preciso indicarle que, la información publicada en la consulta de afiliados compensados no es un comprobador de derechos para ningún tipo de trámite.

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

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

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC            | TIPO AFILIACIÓN |
|---------------------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|----------------------|-----------------|
| CC                  | 52431409            | GUAUQUE         | DUEÑAS           | LUZ           | MIRIAN         | 2017-07                   | CAFESALUD E.P.S S.A. | COTIZANTE       |
| CC                  | 52431409            | GUAUQUE         | DUEÑAS           | LUZ           | MIRIAN         | 2019-11                   | EPS MEDIMAS          | COTIZANTE       |
| CC                  | 52431409            | GUAUQUE         | DUEÑAS           | LUZ           | MIRIAN         | 2024-11                   | EPS SANITAS          | COTIZANTE       |
| CC                  | 52431409            | GUAUQUE         | DUEÑAS           | LUZ           | MIRIAN         | 2015-11                   | SALUDCOOP E.P.S      | COTIZANTE       |

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC   | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN *       |
|-------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS SANITAS | 11/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| 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 |

12345678910...

134 Registros en 14 Paginas

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 01 / 2025**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LUZ MIRIAN GUAUQUE DUEÑAS**

**C.C 52.431.409 DE BOGOTÁ**

LA SUMA DE \$ 3,688.938 (TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS MCTE.), POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA EN EL ÁREA DE UCI PEDIATRICA DE LA USS PATIO BONITO TINTAL, DURANTE EL PERIODO DE 1 AL 31 DE ENERO DE 2025 DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO 3395—2024.



**LUZ MIRIAN GUAUQUE DUEÑAS**

**C.C 52.431.409 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO 00570076190**

