

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                    |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                           | OSCAR SAMUEL PEÑA ANGULO           |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                           | C.C                                | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 1023872267                 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                           | oscarp_md@hotmail.com              |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3103005207                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                           |                                    |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                           | C. EXT FISIATRIA USS HOSPITAL BOSA |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                         |                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | BO37A40              | 100                       |                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                           |                                    |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                           | 550457200123612                    |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 4346                      |                                    |                        | VIGENCIA                         |             | 2025                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1145                 | FECHA                     | 2025-05-14<br>15:15:28.000         |                        | NÚMERO DE CRP                    | 23081       | FECHA                                                                               | 2025-05-20<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | ESPECIALISTA EN FISIATRIA |                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | DESDE                     | FECHA INICIAL                      |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                           | 2025-05-21                         |                        |                                  | 2025-05-31  |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                           |                                    |                        | \$3,425,054                      |             |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                           |                                    |                        | \$28,667,838                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                    |                        | \$3,425,054                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                           |                                    |                        | \$3,425,054                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                    |                        | \$0                              |             |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                           |                                    |                        | \$25,242,784                     |             |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                           |                                    |                        | 12%                              |             |                                                                                     |                            |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                      |                           |                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                      |                           |                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION    | APORTE A SALUD 12.5% IBC  |                                    | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                        | APORTE ARL  | TOTAL APORTES                                                                       |                            |
| 0                                                                                                                                                                                                                                                            | \$908,526            | \$113,566                 |                                    | \$145,364              | 3                                | \$22,132    | \$281,062                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                      |                           |                                    |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| MICHAEL DAVID GOMEZ REYES<br>1012392576<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.                                                                                                  | 1) Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.                                                                                                  | historia clinica                               |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes                                                                                                                                                             | 2) Cumpló con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes                                                                                                                                                             | historia clinica                               |
| 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 | 2) Cumpló con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes                                                                                                                                                             | historia clinica                               |
| 4) Participar en la programación de actividades del área                                                                                                                                                                                                                   | 3) llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | historia cxlinica                              |
| 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                             | 4) Participo en la programación de actividades del área                                                                                                                                                                                                                   | reuniones y lsc, actas de firma                |
| 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                                                                                     | 5) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                             | fichas de notificacion                         |
| 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.                                                                                                                                                                               | 6) Notifico 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                                                                                     | actas                                          |
| 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                | 7) Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.                                                                                                                                                                               | ordenes medicas                                |
| 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.                                                                                                                                                                                                        | 8) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                | historia clinica                               |
| 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                | 9) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.                                                                                                                                                                                                        | consentimiento informado                       |
| 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.                                                                                                                                                                                                                          | 10) Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                | historia clinica                               |
| 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                              | 13) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                              | historia clinica                               |
| 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.                                                                                                  | 14) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.                                                                                                  | historia clinica                               |
| 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.                                                                                                        | 15) Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                        | actas                                          |
| 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca                                                                                                                                                                    | 16) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca                                                                                                                                                                    | lsc y reuniones designadas por el lider        |
| 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                          | 17) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                         | historia clinica, certificados de capacitacion |
| 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                                   | 18) Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                                   | actividades segnadas por el lider              |
| 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                                                                                                                               | 19) Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                                                                                                                               | historia clinica                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 20) Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | historia clinica                                     |
| 21) Participar en lo todo lo relacionado a la docencia e investigación en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 21) Participo en lo todo lo relacionado a la docencia e investigación en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | actas de reunion d grupos de investigacion           |
| 22) Entregar la constancia de CONTRATO NUMERO: 4346-2025 CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4 CONTRATISTA: PEÑA ANGULO OSCAR SAMUEL - CEDULA No. 1.023.872.267 OBJETO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: VEINTIOCHO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE. (\$ 28.667.838) VALOR HORA: NOVENTA MIL CIENTO TREINTA Y TRES PESOS M/CTE. (\$90.133) FECHA INICIO: Es la establecida en el formulario electrónico ítem 1 información general, una vez se dé inicio a la ejecución del contrato. FECHA TERMINACIÓN: 30 de junio de 2025 SUPERVISOR : LIDER ASISTENCIAL CONDICIONES CONTRACTUALES afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | 22) Entrego la constancia de CONTRATO NUMERO: 4346-2025 CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4 CONTRATISTA: PEÑA ANGULO OSCAR SAMUEL - CEDULA No. 1.023.872.267 OBJETO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: VEINTIOCHO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE. (\$ 28.667.838) VALOR HORA: NOVENTA MIL CIENTO TREINTA Y TRES PESOS M/CTE. (\$90.133) FECHA INICIO: Es la establecida en el formulario electrónico ítem 1 información general, una vez se dé inicio a la ejecución del contrato. FECHA TERMINACIÓN: 30 de junio de 2025 SUPERVISOR : LIDER ASISTENCIAL CONDICIONES CONTRACTUALES afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | cuenta de cobro                                      |
| 23 Liderar-Coordinar y agrupar el servicio de Fisiatría en la subred sur occidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 23 Lidero-Coordino y agrupar el servicio de Fisiatría en la subred sur occidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | actas de reunion d grupos de investigacion           |
| 24) Apoyar con la construcción de Documentos que respalde la prestación del servicio de Fisiatra en la subred Garantizar la integralidad de los servicios a todos los pacientes por el programa de fisiatria de la subred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 24) Apoyo con la construcción de Documentos que respalde la prestación del servicio de Fisiatra en la subred Garantizar la integralidad de los servicios a todos los pacientes por el programa de fisiatria de la subred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | protocolos y guia de manejo                          |
| 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 25) Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | actividades designadas por el lider actas con firmas |
| <p style="text-align: center;">MICHAEL DAVID GOMEZ REYES<br/>1012392576<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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**OSCAR SAMUEL PEÑA ANGULO**

**C.C 1023872267**

La suma de \$3.425.054 Tres millones cuatrocientos veinticinco mil cincuenta y cuatro pesos **mcte**, por concepto de: prestación de servicios como Medico Fisiatra en el hospital de bosa durante el periodo de 21 al 31 de mayo de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4346-2025



**Nombre de contratista**

**Oscar Samuel Peña Angulo**

**C.C. 1023872267**

**CUENTA DE AHORROS NUMERO**

**457200123612**

**Banco Davivienda**

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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**OSCAR SAMUEL PEÑA ANGULO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.872.267**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Mayo del 2025.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

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

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

### HACE CONSTAR QUE:



Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **OSCAR SAMUEL PEÑA ANGULO** identificado con **CC No. 1023872267**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante                                                      | Datos de la Relación Laboral                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E - NI. 900959048 | <b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 24/05/2025<br><b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO<br><b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 21/05/2025<br><b>Fecha fin de Contrato:</b> 31/12/2025<br><b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723<br><b>Clase de Riesgo:</b> 3 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501015286152.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

### CERTIFICA

Que Oscar Samuel Peña Angulo, identificado(a) con CC número 1023872267, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN       | CC 1023872267                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                   | Oscar Samuel Peña Angulo              |
| TIPO DE AFILIADO                      | Titular                               |
| PARENTESCO                            | Titular                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                   | 02/06/1987                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN               | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN            | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS        | 01/05/2017                            |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS      | 188 semanas                           |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS         | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO       | 51 semanas                            |
| RÉGIMEN                               | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN        | 01/10/2018                            |
| NIVEL SISBEN                          | No aplica                             |
| EMPLEADOR(ES)*                        |                                       |

CEDULA DE CIUDADANIA 1023872267 OSCAR SAMUEL PEÑA  
ANGULO Desde 01/09/2022 - Vigente