

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| Versión             | 3             |
| Fecha de aprobación | 2/15/2018     |
| Código:             | 04-02-FO-0002 |



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

|   |                                   |   |                 |                 |            |    |  |
|---|-----------------------------------|---|-----------------|-----------------|------------|----|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                                   | Lizeth Paola Mercado López              |                 |                 |            |    |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          | C.C                               | X                                       | C.E             | No.             | 1000832446 |    |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         | lizeth-mercado@juanncorpas.edu.co |   |                 | CELULAR:        | 3045533688 |    |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                                   |   |                 | SUBRED          |            |    |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                                   | C. EXT MEDICINA GENERAL USS 50 MEXICANA |                 | SEDE:           | SUBRED     |    |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo                   | %                                       | Centro de costo | %               |            |    |  |
|   | SU50A10                           | 70                                      | SU50A37         | 30              |            |    |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         | BANCO CAJA SOCIAL S.A.            |   |                 | TIPO DE CUENTA: | AHORRO     |    |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                                   | 24128221422                             |                 |                 | PENSIONADO | NO |  |

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

|                    |      |       |                         |               |       |       |                         |
|--------------------|------|-------|-------------------------|---------------|-------|-------|-------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO |      | 4405  |                         | VIGENCIA      |       | 2025  |                         |
| NÚMERO DE CDP      | 2297 | FECHA | 2025-11-21 08:36:27.000 | NÚMERO DE CRP | 53527 | FECHA | 2025-11-30 00:00:00.000 |

**OBJETO DEL CONTRATO:**

|                      |       |               |       |             |
|----------------------|-------|---------------|-------|-------------|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
|                      |       | 2025-12-01    |       | 2025-12-31  |

**VALOR HONORARIOS MENSUALES:**

|                   |             |                     |             |     |
|-------------------|-------------|---------------------|-------------|-----|
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | \$6,345,948 | N/A |
|-------------------|-------------|---------------------|-------------|-----|

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO                                | VALORES     |
|---|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$6,345,948 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$6,345,948 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$6,345,948 |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0         |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$0         |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 100%        |

**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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 91812835           | \$2,538,379       | \$317,297                | \$406,141              | 3         | \$61,835   | \$785,273     |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS  
52502360  
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

| OBLIGACIÓN  | ACTIVIDADES  | PRODUCTOS  |
|---|--|--|
| Practicar las intervenciones y valoraciones medicas establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patologia diagnosticada   | Se realiza la atención por medicina general a los pacientes agendados durante el presente periodo.   | Historia Clínica   |
| Elaborar las historias clinicas y demás registros clinicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente   | Se elabora la historia clínica de cada uno de los pacientes agendados para la atención de citas resolutivas, control, crecimiento y desarrollo, binomio, prioritaria, vejez y gestantes durante el presente periodo. | Historia Clínica   |
| Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.   | Planifiqué y organicé mi jornada laboral para cumplir con los tiempos asignados a cada paciente, brindando atención oportuna y de calidad en cada consulta.  | Programación de agenda del mes de julio  |
| Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades.   | Conocer e implementar los 4 inequívocos en salud, adaptar guías de manejo HTA  | Adecuado llamado de pacientes en sala de espera, adecuar pln de mejora en pacientes crónicos   |
| Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado   | Se realiza la programación y cumplimiento de la atención médica correspondiente al periodo laborado  | Programación de agenda del mes de laborado   |
| Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. | Se realiza la referencia de pacientes con criterios de remision a urgencias  | Entrega de historia clinica y paciente a auxiliar de traslado  |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente  | Se realiza la notificación de eventos obligatorios de notificación   | Ficha de notificación TBC y SIVIN  |
| Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.  | Se siguen las normas, guías y protocolos con el fin de garantizar adecuadamente la prestación del servicio.  | Historia Clínica   |
| Presentar informes periodicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.  | Se realiza informe del periodo correspondiente al mes laborado   | Informe  |
| Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute.                                       | Se participa activamente en las capacitaciones citadas.  | Asistencia a las capacitaciones programadas  |
| Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.   | Se confirma informacion de paciente en historia clinica  | Modificación de datos de pacientes respecto a antecedentes   |
| Revisar y notificar oportunamente al lider a supervisor el estado de las agendas de servicios pregramados.  | Se realiza revisión y actualización de agenda con la líder del proceso.  | Se realiza revisión y actualización de agenda con la líder del proceso.  |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.  | Esta actividad no se presentó este mes   | Esta actividad no se presentó este mes   |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.   | Durante el presente periodo realicé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.   | Durante el presente periodo realicé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                           | Velar por el uso adecuado de los equipos puestos a mi disposicion durante la consulta  | Recibo y entrega de consultorio  |
| Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc.          | Se realiza entrega de la constancia de afiliación y pago de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales correspondientes al mes laborado  | Planilla de pago de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales del mes de laborado   |
| En caso de presentarse on caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.  | Esta actividad no se presentó este mes   | Esta actividad no se presentó este mes   |
| Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitare la bata" en el cotesto de seguridad del paciente                      | Se siguen las normas y protocolos adecuadamente para evitar contagios tanto para el personal médico como para los pacientes.   | Uso adecuado de bata y carnet institucional  |
| Realizar las demas actividades que le sea asignadas acordes con el objeto del contrato.   | Brindarle atencion a pacientes que llegan solicitando vacunacion de fiebre amarilla, atender pacientes que requieran valoracion de urgencias   | Evaluacion de factores de riesgo de cada paciente, verificar si es apto o no para vacunacion. Atencion pacientes 123                                   |
| Reportar oportunamente las anomalias de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu tambien puedes salvar vidas"   | Se realiza el reporte en "reporte suceso de seguridad".  | 94655  |
| Cumplir con el estándar de rendimiento optimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de Inasistencias.  | Se realiza tamizaje de agudeza visual por demanda inducida y citas extra.  | Reporte de reposición de inasistencias con citas extra y tamizaje de agudeza visual.   |

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS  
52502360  
Supervisor

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

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

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |              |                    |                      |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|--------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                  | 1000832446        | LIZETH PAOLA MERCADO LOPEZ |        | TV 86 99 25  | 3045533688         | LIPAOLAM@HOTMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| ÚNICA               | I - Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.       |                      |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 09/12/2025               | 91812835        | \$785.400     |     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**
**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
|            |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005     | Sanitas EPS | 800251440-6 | 317.300                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 317.300       | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230301     | Porvenir | 800224808-8 | 406.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 406.200       | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
|            |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11      | ARL SURA | 890903790-5 | 61.900                 |                  |       |                        | 61.900                | 0         | 0                     | 61.900              |                            |                     | 619               | 61.900        | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|            |        |     |              |           |                   |               |               |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud               | 1                              | 317.300                             | 317.300        |
| Pensión             | 1                              | 406.200                             | 406.200        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 61.900                              | 61.900         |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>785.400</b>                      | <b>785.400</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1000832446        | LIZETH PAOLA MERCADO LOPEZ |        | TV 86 99 25  | 3045533688         | LIPAOLAM@HOTMAIL.COM                |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |              |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |              |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 09/12/2025               | 91812835        | \$785.400     |     |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       | INFORMACIÓN NOVEDADES      |  |           |         |           |                |           |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |      |     |    | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |            |          | CCF       |            |                      | PARAFISCALES         |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|--|-----------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------|-----|----|-------|-----|-----|-------------------|------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres        |  | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT     | SILN | ISE | MA | MA    | ASP | VCT | IRL               | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1000832446            | MERCADO LOPEZ LIZETH PAOLA |  | 59        | 0       |           |                | N         |     |     |     |     |     |     |     |         |      |     |    |       |     |     |                   |            | 230301   | 2.538.380 | 406.200    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 2.538.380 | 317.300                | 14-11    | 2.538.380 | 3               | 61.900     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

# PAGADA

Medellin, 17 de diciembre de 2025

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:**

Que **LIZETH PAOLA MERCADO LOPEZ** con documento de identidad **C1000832446**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante  | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|---|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2025-05-27   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III        | 000000003  | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |

· Medellín **604 4444578**  
 · Bogotá **6014055911**  
 · Cali **602 3808938**  
 · Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**  
 · Bucaramanga **6076917938**  
 · Cartagena **605 6424938**  
 · Barranquilla **605 3197938**

**Líneas de atención 01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**  
**Línea de conciliación ARL 3103157562**  
**segurossura.com.co arlsura.com**

## SOPORTE ACTIVIDADES

| Cuenta No. 280536          |   |  |  |  |  |   |
|----------------------------|---|--|--|--|--|---|
| NOMBRE                     | DOCUMENTO   | CORREO   | CELULAR  | BANCO  | TIPO DE CUENTA   | NO. DE CUENTA   |
| Lizeth Paola Mercado López | 1000832446  | lizeth-mercado@juanncorpas.edu.co  | 3045533688   | BANCO CAJA SOCIAL S.A.   | AHORRO   | 24128221422   |
| PERIODO                    | SUPERVISOR  | CONTRATO CDP / CRP   | CENTROS DE COSTO   | DOCUMENTO EQUIVALENTE  | NO. PLANILLA   | PLANILLA  |
| 2025-12-01 / 2025-12-31    | INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS   | 4405<br>2297 / 53527   | <ul style="list-style-type: none"> <li>SU50A10 - 70 %</li> <li>SU50A37 - 30 %</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">EQUIVALENTE-1000832446-20251218070324-DOCUMENTO EQUIVALENTE.docx (2).pdf</a></li> </ul> | 91812835   | <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">PLANILLA-1000832446-20251218070324-PLANILLA ARL DICIEMBRE.pdf</a></li> </ul> |
| VALOR TOTAL MAS ADICIONES  |   | VALOR EJECUTADO  | VALOR A PAGAR  | VALOR A LIBERAR  | SALDO POR EJECUTAR   | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN   |
| \$6,345,948                |   | \$6,345,948  | \$6,345,948  |  | \$0  | 100%  |
| ID                         | OBLIGACIÓN  | ACTIVIDADES  |  |  | PRODUCTOS  |   |
| 19475394                   | Practicar las intervenciones y valoraciones medicas establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada | <ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la atención por medicina general a los pacientes agendados durante el presente periodo.</li> </ul>   |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Historia Clínica</li> </ul> |   |
| 19475395                   | Elaborar las historias clinicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Se elabora la historia clínica de cada uno de los pacientes agendados para la atención de citas resolutivas, control, crecimiento y desarrollo, binomio, prioritaria, vejez y gestantes durante el presente periodo.</li> </ul> |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Historia Clínica</li> </ul> |   |
|                            |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Planifiqué y organicé mi jornada laboral para cumplir con los tiempos</li> </ul>  |  |  |  |   |

CERRAR VENTANA

## SOPORTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Últimas modificaciones

| Id del contrato | Número del Contrato | Entidad Estatal   | Tipo de entidad | Fecha de firma  | Fecha de finalización  | Facturación de la entidad  | Valor total de la oferta | Estado                               |
|-----------------|---------------------|---|-----------------|---|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 6440605         | 4405-2025           | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE. | Entidad Estatal | 28/05/2025 7:35:00 PM<br><small>(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito</small> | 5 días para terminar<br><small>(31/01/2026 11:59:00 PM)(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito</small> | Lizeth Paola Mercado López | 51.995.832 COP           | En ejecución <a href="#">Detalle</a> |

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones  
 Todos  
[Esperando aprobación](#)  
 Firmado  
 Firmado y enviado a la Entidad Estatal  
 Suspendidos  
 Cancelados  
 Cerrados  
 Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

### Modificación del Contrato

| Ref. de Modificación | Tipo de modificación        | Fecha de modificación                             | Fecha de Aprobación                               | Estado    | Versión | Versión previa      |
|----------------------|-----------------------------|---|---|-----------|---------|---------------------|
| CO1.CTRMOD.21597008  | ContractModificationGeneral | 7/01/2026 11:45 PM <small>(UTC -5 horas)</small>  | 8/01/2026 12:29 AM <small>(UTC -5 horas)</small>  | Published | 9       | <a href="#">Ver</a> |
| CO1.CTRMOD.21072547  | ContractModificationGeneral | 27/11/2025 11:53 AM <small>(UTC -5 horas)</small> | 27/11/2025 2:16 PM <small>(UTC -5 horas)</small>  | Published | 8       | <a href="#">Ver</a> |
| CO1.CTRMOD.20819808  | ContractModificationGeneral | 8/11/2025 12:16 AM <small>(UTC -5 horas)</small>  | 8/11/2025 12:22 AM <small>(UTC -5 horas)</small>  | Published | 7       | <a href="#">Ver</a> |
| CO1.CTRMOD.20713247  | ContractModificationGeneral | 29/10/2025 12:03 PM <small>(UTC -5 horas)</small> | 29/10/2025 1:00 PM <small>(UTC -5 horas)</small>  | Published | 6       | <a href="#">Ver</a> |
| CO1.CTRMOD.20274193  | ContractModificationGeneral | 22/09/2025 9:15 AM <small>(UTC -5 horas)</small>  | 22/09/2025 10:43 AM <small>(UTC -5 horas)</small> | Published | 5       | <a href="#">Ver</a> |
| CO1.CTRMOD.19903158  | ContractModificationGeneral | 28/07/2025 1:27 PM <small>(UTC -5 horas)</small>  | 14/08/2025 9:49 PM <small>(UTC -5 horas)</small>  | Published | 4       | <a href="#">Ver</a> |
| CO1.CTRMOD.19693226  | ContractModificationGeneral | 23/07/2025 1:59 PM <small>(UTC -5 horas)</small>  | 23/07/2025 2:10 PM <small>(UTC -5 horas)</small>  | Published | 3       | <a href="#">Ver</a> |
| CO1.CTRMOD.19424961  | ContractModificationGeneral | 19/06/2025 4:04 PM <small>(UTC -5 horas)</small>  | 19/06/2025 4:06 PM <small>(UTC -5 horas)</small>  | Published | 2       | <a href="#">Ver</a> |