

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|----|-----------------------------------------------|----|-------------------------|----|-----------------|----|---------------------|--|-------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    | Versión             |  | 3                             |  |  |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    | Fecha de aprobación |  | 2/15/2018                     |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    | Código:             |  | 04-02-FO-0002                 |  |                                                                                     |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |    | JOHANN MAURICIO MENESES GUATAQUI              |    |                         |    |                 |    |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |    | C.C                                           |    | X                       |    | C.E             |    | No.                 |  | 79865802                      |  |                                                                                     |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                      |    | mauromeneses@gmail.com                        |    |                         |    |                 |    | CELULAR:            |  | 3153818209                    |  |                                                                                     |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    | SUBRED              |  |                               |  |                                                                                     |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |    | QUIRURGICO ORTOPEDIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY |    |                         |    |                 |    | SEDE:               |  | SUBRED                        |  |                                                                                     |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo      | %  | Centro de costo                               | %  | Centro de costo         | %  | Centro de costo | %  |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | KE10C11              | 40 | SU41A25                                       | 30 | KE10I02                 | 20 | KE10B04         | 10 |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCO DAVIVIENDA S.A |    |                                               |    |                         |    | TIPO DE CUENTA: |    | AHORRO              |  |                               |  |                                                                                     |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      |    | 9800148042                                    |    |                         |    |                 |    | PENSIONADO          |  | NO                            |  |                                                                                     |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |    | 2361                                          |    |                         |    | VIGENCIA        |    |                     |  | 2025                          |  |                                                                                     |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 248                  |    | FECHA                                         |    | 2026-01-09 00:00:00.000 |    | NÚMERO DE CRP   |    | 3684                |  | FECHA 2026-01-09 00:00:00.000 |  |                                                                                     |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      |    | MEDICO ESPECIALISTA- ORTOPEDISTA              |    |                         |    |                 |    |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      |    | DESDE                                         |    | FECHA INICIAL           |    | HASTA           |    | FECHA FINAL         |  |                               |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                               |    | 2026-01-01              |    |                 |    | 2026-01-31          |  |                               |  |                                                                                     |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |    |                                               |    |                         |    | \$5,407,980     |    |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |
| 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. |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    | VALORES             |  |                               |  |                                                                                     |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    | \$81,299,966        |  |                               |  |                                                                                     |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    | \$78,595,976        |  |                               |  |                                                                                     |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    | \$5,407,980         |  |                               |  |                                                                                     |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    | \$0                 |  |                               |  |                                                                                     |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    | \$2,703,990         |  |                               |  |                                                                                     |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    | 97%                 |  |                               |  |                                                                                     |  |
| 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                 |  |                                                                                     |  |
| 35595101                                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$2,812,150          |    | \$351,519                                     |    | \$449,944               |    | 5               |    | \$68,504            |  | \$869,967                     |  |                                                                                     |  |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |
| <p style="text-align: center;">GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN<br/>80423600<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>                                                                                                     |  |                      |    |                                               |    |                         |    |                 |    |                     |  |                               |  |                                                                                     |  |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Atender Agenda de Consulta Externa de la Subred Sur Occidente- donde se encuentre programado                                                                                                                                                                                                           | Se realiza en su totalidad la consulta externa programada en la sede correspondiente de este mes                                                                                                                                                                                      | Por planilla de turnos se cumple y Agenda                                                                                                                                                                                                                      |
| 2. Atender y Manejar integralmente los procedimientos quirúrgicos y traumas en general incluyendo Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización Cirugía programada y de Urgencias a pacientes con lesiones musculo-esqueléticas.(Pediátrica-Adulto)                                                        | Se atiende por consulta externa y se da manejo integral a los procedimientos quirúrgicos de cirugía programada, urgencias y traumas en general en la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, según necesidades del servicio.                                                       | Evidencias Registradas en la Historia Clínica en la atención del paciente con lesiones musculoesqueléticas atendidas en el mes y manejadas integralmente de acuerdo a su patología.                                                                            |
| 3. Brindar atención al paciente que ingresa por Urgencias con lesiones musculo-esqueléticas, definir conducta, continuar seguimiento al procedimiento o atención efectuada, hasta la evolución de egreso del paciente, junto con el equipo de trabajo por Ortopedia y Traumatología.                      | Se atiende y se da manejo integral a los procedimientos quirúrgicos de cirugía programada, urgencias y traumas en general en la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, según necesidades del servicio.                                                                            | Registros realizadas en la Historia Clínica, Evolución diaria, notas de procedimientos, descripciones QX, valoración a pacientes programados en consulta Externa y actas de Juntas Quirúrgicas; dando cumplimiento y cubrimiento total.                        |
| 4. Realizar por el Médico tratante seguimiento al procedimiento o atención efectuada, hasta la evolución satisfactoria del paciente, junto con el equipo de trabajo.                                                                                                                                      | La comunicación transparente, la paciencia y la comprensión son herramientas esenciales que permiten identificar a tiempo cualquier signo de alarma para garantizar con responsabilidad que el paciente reciba la atención adecuada, antes y durante todo el proceso de recuperación. | Atención integral al paciente junto con el equipo de trabajo de acuerdo a las urgencias presentadas durante el turno y Turno Administrativo, Junta Quirúrgica, Revista Médica y Turnos de fin de semana y nocturnos.                                           |
| 5. El objeto de este contrato es realizar la prestación del Servicio de Ortopedia y Traumatología en Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización y realizar atención quirúrgica cuando se requiera de manera eficaz, efectiva y eficiente cumpliendo con los requisitos esenciales de calidad.           | Se Brinda atención oportuna, eficiente y eficaz al paciente que ingresa a la Unidad de servicios de salud Occidente de Kennedy, con lesión musculoesquelética quien es valorado por la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, para decidir conducta.                              | Toda evidencia queda registrada en la Historia Clínica, Evolución diaria, notas de procedimientos, descripciones QX, valoración a pacientes que ingresan a la Institución por Ortopedia y Traumatología.                                                       |
| 6. Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores Institucionales para realizar la prestación del servicio,                                                                                                                                                        | Buena disposición y actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio.                                                                                                                                  | Junto con el equipo de trabajo se presta un servicio efectivo y profesional, con empatía, comunicación y proactividad.                                                                                                                                         |
| 7. Respetar los derechos del paciente, cumplir el Código de Ética Médica y todas las disposiciones legales pertinentes e informar al paciente y su familia sobre condición, plan de manejo y atención del mismo.                                                                                          | Se cumple con el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidor en el área de la salud debo atender, respetando los derechos del paciente y necesidades presentadas en Ortopedia y Traumatología                                              | Cumplimiento al código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes                                                                                                                                                                           |
| 8. Participar en las actividades clínicas, Docentes, Investigativas y / o Administrativas en las que el Hospital Kennedy requiera de su intervención. Así como asistir en forma obligatoria a la Junta General del servicio los Miércoles.                                                                | Motivación hacia las actividades de investigación, planeación, organización y participación en programas científicos docentes, Administrativos y asistenciales en corregir las alteraciones del sistema músculo esquelético.                                                          | Conocimientos que se extiende al personal en formación, tanto en el campo asistencial como administrativo y se inculca la importancia del semillero de Investigación //, Cumplimiento al código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes, |
| 9. Llenar a cabalidad los formatos establecidos para los registros correspondientes en la Historia Clínica, reportes de estudios de acuerdo con las normas legales, los procedimientos de Auditoría y el manual de Historias Clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. | Se cumple con las normas establecidas para el correcto diligenciamiento de los registros en la Historia Clínica de acuerdo a formatos Institucionales.                                                                                                                                | Cumplimiento de Normas de acuerdo al requerimiento de la Subred, al código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes.                                                                                                                      |
| 10. Realizar interconsultas que le fueren solicitadas por los diferentes servicios de manera oportuna buscando solución pronta de la patología que aqueja al paciente.                                                                                                                                    | Todas las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios del Hospital las respondí de manera oportuna buscando la solución pronta de la patología que aqueja al paciente.                                                                                                    | Quedan resueltas, para trámite a seguir                                                                                                                                                                                                                        |
| 11. Ejecutar la Revista Médica de Ortopedia y Traumatología en el área de Hospitalización y Urgencias                                                                                                                                                                                                     | Se pasa por las áreas descritas realizando la Revista Médica con el equipo de Ortopedia                                                                                                                                                                                               | Se pasa por las áreas descritas realizando la Revista Médica con el equipo de Ortopedia                                                                                                                                                                        |
| "12. Anexar la constancia de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contrato mensualmente."                                                                                                                  | Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato                                                                                                                                                                                                       | "Entregar planillas de pago al SGSSS y Factura Electrónica Del mes certificado "                                                                                                                                                                               |

GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN  
80423600  
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



|                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL :               | JOHANN MAURICIO MENESES GUATAQUI |
| IDENTIFICACIÓN:              | CC-79865802                      |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                                |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                                |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE:    | 2026-01-02                       |
| FECHA LÍMITE DE PAGO:        | 2026-01-05                       |
| FECHA DE PAGO:               | 2026-01-02                       |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO DAVIVIENDA                 |
| PERÍODO PENSIÓN:             | 2025-12                          |
| PERÍODO SALUD:               | 2025-12                          |
| NÚMERO PLANILLA:             | 35595101                         |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                                |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 35595101                         |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                                |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE       | NÚMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR  |
|----------------|-----------|--------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|--------------|
| EPS005         | 800251440 | SANITAS      | 1                | \$ 3.250.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 406.300                | \$ 406.300   |
| 25-14          | 900336004 | COLPENSIONES | 1                | \$ 3.250.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 845.000                | \$ 845.000   |
| Total a pagar  |           |              |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 1.251.300              | \$ 1.251.300 |

PAGADO

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 03/02/2026 |
|----------------------------------|------------|

## Pago PSE

### Resultado de su transacción

**Código único CUS**

2052621600

**Destino de pago**

ASOPAGOS

**Motivo**

Pago de seguridad Social Integrado

**Fecha**

02/01/2026

**Número de aprobación**

00621600

**Dirección IP**

170.254.230.165

**Valor transacción**

\$ 1.251.300,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

10.10.11.80

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

79865802

Medellín, 20 de enero de 2026

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

**CERTIFICA:**

Que JOHANN MAURICIO MENESES GUATAQUI identificado(a) con cédula de ciudadanía 79865802 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 01/07/2024

**Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000005 - RIESGO V

**CLASE:** 5 **PORCENTAJE:** 6.96%

**TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

5861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, INCLUYE EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO: IMAGENOLÓGIA (RAYOS X, ECOGRAFÍA, TAC, RMN, GAMMAGRAFÍA, ETCÉTERA)

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

C798251152602031409

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Dirección IP: 200.122.246.143, 198.143.41.30, 172.16.42.57

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

20/01/2026 8.43 AM

NIT: 79865802-1  
NO RESPONSABLE DE IVA  
TELEFONO: 288 2698  
Email: mauricio\_meneses@hotmail.com  
Carrera 22 No. 45C -36 Consultorio 405  
Bogotá, D.C. - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE  
VENTA  
11137

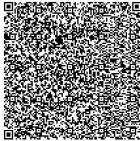
|                         |
|-------------------------|
| Fecha de la Factura     |
| 16 / 01 / 2026 21:11:55 |
| Fecha Validación DIAN   |
| 16/01/2026 21:11:57     |
| Fecha de Vencimiento    |
| 15 / 02 / 2026          |
| Forma de pago           |
| Crédito                 |

JOHANN MAURICIO MENESES GUATAQUI

|                                                                      |                                |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. |                                |
| Dirección: CALLE 9 No. 39-46                                         |                                |
| Documento: 900959048-4                                               | Ciudad Bogotá, D.C. - Colombia |
| Teléfono:                                                            | Nota de Entrada:               |
| Orden de compra:                                                     | Remisión:                      |
| Email: ortopediahokennedy@gmail.com                                  |                                |

| ITEM | COD | DESCRIPCION                                                | CANT | VAL UNITARIO    | IVA | VALOR TOTAL     |
|------|-----|------------------------------------------------------------|------|-----------------|-----|-----------------|
| 1    | 1   | HONORARIOS MEDICOS OPS ENERO 2026 SEGUN CONTRATO 2361-2025 | 1    | \$ 5,407,980.00 | 0%  | \$ 5,407,980.00 |

RESOLUCIÓN: 18764077017396 DE 12/08/2024 A 12/08/2026 DE LA DIAN, PREFIJO 1 DEL No. 1101 al 1200 .  
Consignar a nombre de JOHANN MAURICIO MENESES GUATAQUI, BANCO DAMMENDA CUENTA DE AHORROS NO. 0550009800148042  
Observaciones:



|           |  |                   |    |              |
|-----------|--|-------------------|----|--------------|
|           |  | SUB-TOTAL         | \$ | 5,407,980.00 |
|           |  | Descuentos        | \$ | 00.00        |
|           |  | Impuestos         | \$ | 00.00        |
|           |  | TOTAL ANTICIPOS   | \$ | 00.00        |
|           |  | TOTAL FACTURA     | \$ | 5,407,980.00 |
|           |  | Retenciones       | \$ | 00.00        |
|           |  | TOTAL A PAGAR COP | \$ | 5,407,980.00 |
| Impuestos |  | Retenciones       |    |              |

MÉTODO PAGO: Otro\*    TOTAL ITEMS: 1    VALOR EN LETRAS: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

La presente factura de venta, se asimila en todos sus efectos a una Letra de Cambio (Art. 772, 774 del Código de Comercio). A partir de la fecha de vencimiento, esta factura causará intereses de mora a la Tasa máxima legal vigente Art. 774 Código de Comercio. El comprador declara haber recibido todas las mercancías y/o servicios antes descritas real y materialmente

CUFE: 37c813139d06eb9bdc3936ff24c1ff1f994c6f04c5d43fe5daf0d8c8e6fe982eb3c65ecfd703311a4e7855a1302a6386